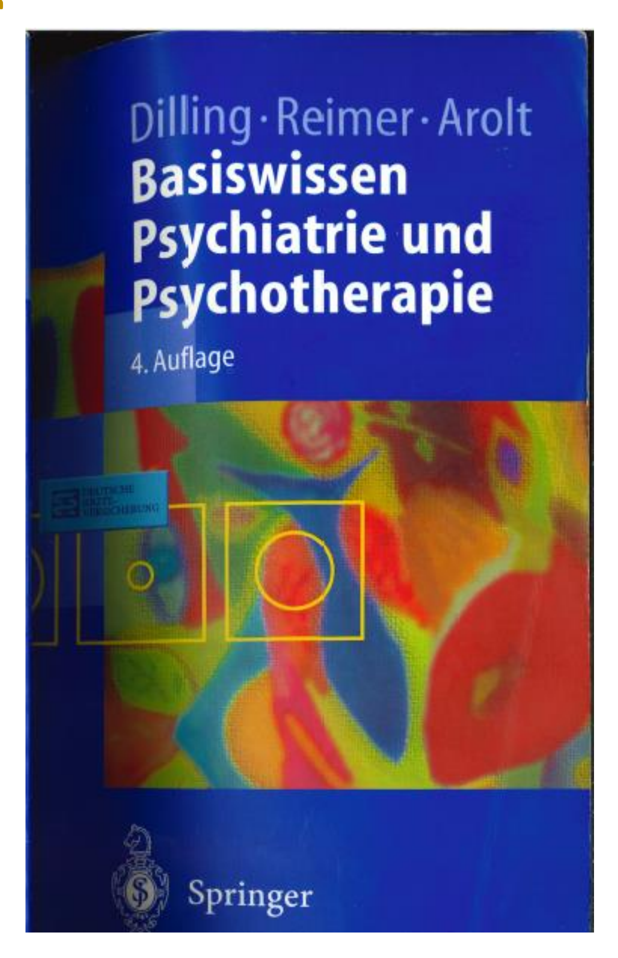




Professor Dr. Horst Dilling
em. Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Professor Dr. Christian Reimer
Gf. Direktor des Zentrums für Psychosomatische Medizin
Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Justus-Liebig-Universität Gießen
Friedrichstraße 33, 35385 Gießen

Professor Dr. Volker Arolt
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Westfälische Wilhelms Universität Münster
Albert-Schweitzer-Str. 11, 48149 Münster

ISBN 3-540-67395-4 Springer Verlag Berlin Heidelberg New York

ISBN 3-540-63023-6 3. Auflage Springer Verlag Berlin Heidelberg New York

Einleitung

„Die Psychotherapie besteht aus kontinuierlicher Zuwendung im Gespräch, Vermittlung von Geduld, Betonung des Krankheitscharakters der Depression und ihrer guten Behandelbarkeit, Ansprechen möglicher Suizidgedanken. Verschiedene spezielle Methoden zur Depressionsbehandlung, z.B. analytische Psychotherapie nach Benedetti; verhaltenstherapeutische Konzepte, insbesondere die kognitive Psychotherapie nach Beck als strukturierte Methode zum Abbau negativer Einstellungen und Kognitionen. […] Interpersonale Psychotherapie nach Klerman und Weissmann (IPT) als fokussierte Form der Kurztherapie, in der die gegenwärtigen zwischenmenschlichen Probleme, die mit der depressiven Episode verknüpft sind, bevorzugt bearbeitet werden.“ S.122

„[…] darüberhinaus gilt es aber in der Psychiatrie, einfühlend Zusammenhänge zu <<verstehen>>, einen Versuch zu machen, das Erleben des Patienten nachzuempfinden. […] “ S. 3

1. Psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Untersuchung und Befunddokumentation

1.1 Patiententypen

1.1.1 Der Motivierte Patient

„Besuch in der Praxis des niedergelassenen Psychiaters oder Psychotherapeuten bzw. Aufnahme ins Krankenhaus, meist nach Voranmeldung und Terminvereinbarung für ein Gespräch.“ S. 6

1.1.2 Der überwiegend abwehrende Patient

„Kommt in der Regel auf Fremdveranlassung hin (Angehörige, Freunde, Arbeitgeber) zur Untersuchung; Gespräch mit dem Patienten ist möglich, jedoch besteht keine Motivation, Hilfe anzunehmen.“ S.7

1.1.3 Der psychisch schwererkrankte Patient

„Häufig Notfallaufnahmen von erregten, stuporösen, agitiert depressiven oder deliranten Patienten; Beobachtung und Untersuchung ohne Kooperation des Patienten; erste Informationen über Fremdanamnese.“ S. 7

2. Anamneseerhebung

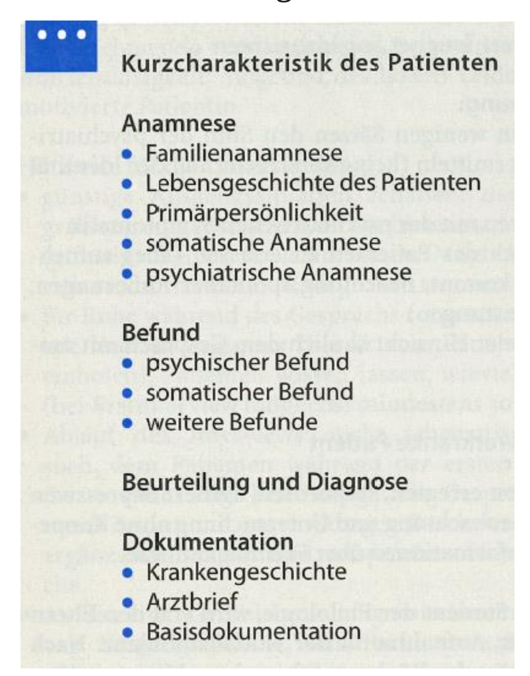


Abbildung 1 Vgl. S. 8

2.1 Familienanamnese

„

[>]Soziale und berufliche Situation

[>]Charakterisierung der Eltern und Geschwister, evtl. sonstiger Angehöriger, vor allem der Großeltern

[>]Familienklima

[>]Erbkrankheiten

[>]psychiatrische Erkrankungen und Behandlungen

[>]Suizide

[>]Suchtkrankheiten

[>]Kriminalität

[>]Sonstige Besonderheiten“ S. 13

2.2 Lebensgeschichte des Patienten

„Hilfreich ist die Unterscheidung in äußere und innere Lebensgeschichte“ S. 14

2.2.1 äußere Lebensgeschichte

„

[>]Geburtsort

[>]Lebensraum in Kindheit und Jugend

[>]Schwangerschafts- und Geburtssonderheiten

[>]Kindergarten

[>]Schulbesuch

[>]Studium/Lehre

[>]berufliche Entwicklung

[>]Partnerschaft

[>]Heirat

[>]Kinder

[>]wirtschaftliche Situation

[>]Wohnverhältnisse“ S. 14, 15

2.2.2 innere Lebensgeschichte

„

[>]frühkindliche Entwicklung

[>]erste Erinnerungen

[>]Neurotizismen in der Kindheit (Primordialsymptome)

[>]Bezugspersonen

[>]Erziehungsstil der Eltern

[>]Geschlechtsrolle etc.

[>]sexuelle Entwicklung

[>]Ehe und Partnerschaften

[>]Erleben der Sexualität

[>]Kinder und deren Entwicklung

[>]Sozialkontakte, Freunde

[>]Religion und Weltanschauung

[>]Freizeitaktivitäten, Hobbies, Steckenpferde, individuelle Interessen“ S. 15

2.3 Primärpersönlichkeit

„Versuch die […] Persönlichkeitseigenschaften […] möglicherweise auch die Persönlichkeitsstruktur […] aus den Gesprächen mit Patienten und Angehörigen zu erschließen.“ S. 15

2.4 Somatische Anamnese

„Erhebung früherer und gegenwärtiger Erkrankungen und Behandlungen, Abgrenzung funktioneller Störungen.“ S. 15

2.5 Psychiatrische / psychotherapeutisch psychosomatische Anamnese

„Die spezifische Anamnese sollte mit folgenden Fragen die Vorgeschichte der gegenwärtigen Beschwerden (evtl. auch frühere psychatrische/psychosomatische Erkrankungen und Behandlungen) klären:

[>]Weshalb hier?

[>]Seit wann bestehen die Probleme oder Beschwerden?

[>]Klärung der Auslösesituation?

[>]Ist der Patient von sich aus gekommen oder auf ärztliche Überweisung hin (Empfehlung durch wen)?

[>]Gegenwärtige Behandlung mit vollständigen Angaben zur Medikation?

[>]Frühere psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung?

[>]Erleben der gegenwärtigen Krankheit ?

[>]Einstellung zur Krankheit?

[>]Erwartungen an die Behandlung?“ S. 15, 16

3. Befund

3.1 Psychischer Befund

„

[>]Äußeres Erscheinungsbild, Sprechverhalten, Sprache […]

[>]Bewußtsein und Vigilanz […]

[>]Empfindungen und Wahrnehmung […]

[>]Denken und Vorstellen […]

[>]Affektivität […]

[>]Antrieb […]

[>]Ich-Erleben […]

[>]Intelligenz […]

[>]Sonstige Merkmale […]

[>]Verhalten in der Untersuchungssituation […]“ S. 16, 17

- ***Äußeres Erscheinungsbild, Sprechverhalten, Sprache:***
  - Kleidung und Schmuck, Frisur, Körperpflege (gepflegt/ungepflegt, verwahrlost, modisch/konventionell, ärmlich/protzig)
  - Körpergeruch (oft spezifisch; Alkoholfahne?)
  - Physiognomie, Hände und Fingernägel (abgekaute Nägel?)
  - Zähne (bei vielen Suchtkranken ungepflegtes Gebiß)
  - Gang (behindert oder frei?), Atmung
  - besondere Eigentümlichkeiten?
  - Gestik und Mimik (Tics, Dyskinesien, Verlegenheitsgesten?)
  - Sprechverhalten (Stimmklang, fehlende oder übertriebene Modulation der Stimme, manierierte, kindliche Sprechweise, natürliche Stimmhöhe, gepreßte Sprache etc.?)
  - Sprechstörungen wie Stottern, Stammeln, Poltern, nichtartikulierte Laute?
  - Sprache (Niveau des Sprachverständnisses und Ausdrucksvermögens, Verbalisierung dem Bildungsstand entsprechend?), Sprachschwierigkeiten bei Ausländern berücksichtigen

- ***Bewußtsein und Vigilanz***
  Voraussetzung für
  - Aufmerksamkeit
  - Konzentration
  - Merkfähigkeit
  - Gedächtnis und Orientierung
- ***Empfindung und Wahrnehmung***
  - Mißempfindungen
  - Illusionen
  - Halluzinationen etc.
- ***Denken und Vorstellen***
  - formale Denkstörungen
  - inhaltliche Denkstörungen wie Wahn- und Zwangsvorstellungen
- ***Affektivität***
  - Depression
  - Euphorie etc.
- ***Antrieb***
  - Antriebsstörungen
  - psychomotorische Störungen etc.
- ***Ich-Erleben***
  - Ich-Störungen wie Entfremdungserlebnisse
  - Gedankenausbreitung, Gedankenentzug etc.
  - Autismus
- ***Intelligenz***
  - angeborene Intelligenzminderung
  - erworbene Intelligenzminderung

- *Sonstige Merkmale:*
  - Krankheitsgefühl (Empfindung des Schweregrades der Erkrankung)
  - Krankheitseinsicht (Akzeptanz der Krankheit und ihrer Behandlung, Bereitschaft zu Compliance, Arbeitsbündnis)
  - Leidensdruck (subjektives Erleben der Beeinträchtigung durch die Krankheit)
  - Krankheitsgewinn: primärer (z. B. trotz unangenehmer psychosomatischer Symptome Konfliktvermeidung) und sekundärer (z. B. äußere Zuwendung durch Angehörige, Rente etc.)
  - Simulation (Vortäuschung einer Krankheit)
  - Dissimulation (Vortäuschung von Gesundheit und Leugnung der Krankheit)
  - Selbstbeschädigung und Suizidalität
- ***Verhalten in der Untersuchungssituation:***
  - Kontaktaufnahme (freiwillig oder erzwungen; zuhause, in der Arztpraxis oder auf der Intensivstation; Hilfesuchverhalten oder Ablehnung)

- Reaktionsfähigkeit
- Wechselbeziehung zwischen Patient und Untersucher

Abbildung 2 Vgl. S. 16, 17

3.3 Somatischer Befund

„

[>] körperliche, insb. Internistische, neurologische, klinische Untersuchungsbefunde

[>] Laborergebnisse, Röntgen, EKG, EEG, CCT, Kernspintomographie, PET usw.“ S. 18

3.4 Weitere Befunde

„Neben den klinisch-psychologischen Testfragen kann der psychopathologische Befund z.B. durch Einsatz bzw. Ergebnisse psychologischer Testverfahren untermauert werden.“ S. 18

4. Beurteilung und Diagnose

„Bei der Beurteilung und Diagnose eines Falles sollte in […] [einer bestimmten] Reihenfolge vorgegangen werden.“ S. 18 [genaue Reihenfolge siehe S.18]

„Es ist zu differenzieren zwischen der umfangreichen diagnostischen Beurteilung im Sinne einer individuell vorgehenden, umfangreichen nosologischen Beschreibung unter Verwendung diagnostischer Termini einerseits und andererseits der Diagnosestellung im Sinne einer oder mehrere Störungen, die sich in einer Klassifikation finden.“ S. 18

4.1 Psychiatrische Diagnose nach dem triadischen System

„

[<] körperlich begründbare psychische Störungen (exogene Psychosen / organische Psychosyndrome)

[<] endogene Psychosen (Schizophrenie und affektive Psychosen)

[<] psychogene Störungen

[…]

4.1.1 tetradisches System (zzgl. alle Punkte von 4.1)

„[<] sog. <<Spielarten des Normalen>>: Persönlichkeitsstörung und Intelligenzminderung.“ S. 21

>>>**Schichtenregel nach Jaspers**

„Bei Vorliegen mehrerer Störungen (Mehrfachdiagnosen, Komorbidität) kann man nach der sog. Schichtenregel nach Jaspers vorgehen: die schwerwiegendere Erkrankung bzw. die körperlich begründbare Störung hat Vorrang.“ S. 21

5. Dokumentation

5.1 Krankengeschichte

„[…] ist der Versuch eines objektiven Berichts unter Einbeziehung der subjektiven Wahrnehmungen des Untersuchers: anschaulich konkrete Darstellung, möglichst mit Personalien (Adresse, Alter, Telefonnummer!), sowie die Dauer der Bekanntschaft des Referenten mit dem Patienten notiert werden.“ S. 22

5.2 Psychiatrischer Arztbrief S. 22

5.3 Basisdokumentation

„Systematische Kurzdokumentation auf Vordrucken, enthält soziodemographische und diagnostische Charakterisierung von Patienten bei Behandlung in stationären oder ambulanten Institutionen.“ S. 23

6. Psychopathologie

„[…] ist die Lehre von den psychischen Phänomenen und Symptomen der psychiatrischen Störungen und Krankheiten. […] Aufgabe der klinischen Psychopathologie ist die systematische Analyse und Dokumentation der beobachteten Symptome und Befunde, primär im Querschnitt, aber auch im Verlauf.“ S. 24



6.1 Elementarfunktionen und Ihre Störungen

Bewußtsein/Vigilanz
- Quantitative Bewußtseinsstörung
- Qualitative Bewußtseinsstörung

Aufmerksamkeit/Gedächtnis
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- Auffassungsstörungen
- Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen

Orientierung
- Orientierungsstörungen

Wahrnehmung
- Quantitative Wahrnehmungsstörungen
- Qualitative Wahrnehmungsstörungen

Denken
- Formale Denkstörungen
- Inhaltliche Denkstörungen

Affektivität
- Affektive Störungen

Antrieb
- Antriebsstörungen
- Psychomotorische Störungen

Ich-Erleben
- Ich-Störungen

Intelligenz
- Angeborene Intelligenzminderung
- Erworbene Intelligenzminderung

Abbildung 3 Vgl. S. 24, 25

6.1.1 Bewusstsein/Vigilanz [Wachheit]

6.1.1.1 Reflektierendes Bewusstsein

„[…] unmittelbar auf die Person selbst bezogene Wissen um geistige und seelische Zustände, d.h. Wissen um die Beziehung zwischen Bewußtseinsinhalt (Erleben, Erinnerung, Vorstellung, Denken) und dem Ich, dem etwas bewußt ist. Voraussetzung reflektierenden Bewußtseins ist Vigilanz (Wachheit). Nur dadurch sind Auffassen und Erkennen (in Verbindung mit dem persönlich-

lebensgeschichtlichen Kontext) möglich. Die Prüfung des reflektierenden Bewußtseins ist nur indirekt über Beobachtung der Aufmerksamkeit, Konzentration, Merk- und Gedächtnisfähigkeit möglich.“ S. 25

6.1.1.2 Quantitative Bewusstseinsstörung/Vigilanzstörung, Bewusstseinsminderung

„[…] bei hirnorganischen Störungen, Intoxikationen, schweren Allgemeinerkrankungen, Leichtere Formen auch bei körperlicher Erschöpfung, schwere Formen nach Schädel-Hirn-Trauma, bei Stoffwechselstörung sowie präfinal.“ S. 26

6.1.1.3 Qualitative Bewusstseinsstörung

Formen

„

[>] Bewusstseinstrübung […]

[>] Bewusstseinseinengung […]

[>] Bewusstseinsverschiebung/-erweiterung“ S. 26, 27 (Detailierte Informationen auf S.26,27)

6.1.2 Aufmerksamkeit und Gedächtnis

„Die Aufmerksamkeit […] Konzentration und Auffassung sind eng mit Merkfähigkeit und Gedächtnis verknüpft. Diese Funktionen sind schwer isoliert zu prüfen!“ S. 28

6.1.2.1 Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörungen S. 28

6.1.2.2 Auffassungsstörungen

„Störung der Fähigkeit, Wahrnehmungserlebnisse in Ihrer Bedeutung zu begreifen, sie sinnvoll miteinander zu verbinden und mit früheren Erfahrungen zu verknüpfen. Auffassung kann falsch oder verlangsamt sein oder fehlen.“ S. 29

6.1.2.3 Merkfähigkeitsstörungen

„Herabsetzung bis Aufhebung der Fähigkeit, sich neue Eindrücke über eine Zeit von ca. 10min zu merken und ins Gedächtnis einzuprägen.“ S. 29

6.1.2.4 Gedächtnisstörungen

„Störung der Erinnerungsfähigkeit, Herabsetzung oder Aufhebung der Fähigkeit, länger als ca. 10 min zurückliegende Eindrücke im Gedächtnis zu behalten bzw. abzurufen.“ S. 29

„In Bezug auf die Funktionsprüfung sind zu unterscheiden:

[>] Immediatgedächtnis (Ultrakurzzeit-, Arbeitsgedächtnis) […]

[>] Kurzzeitgedächtnis […]

[>] Langzeitgedächtnis“ S. 30

6.1.3 Orientierung

„Fähigkeit, sich zu Zeit, Ort, Situation und auch bzgl. der eigenen Person zurechtzufinden und die entsprechenden Angaben zu machen. *Voraussetzung*: keine beträchtliche Störung der Vigilanz, keine Ausgeprägte Auffassungs- oder Merkfähigkeitsstörung!“ S. 31

6.1.3.1 Orientierungsstörung

„[…] fehlende oder unzureichende Fähigkeit, sich aktuell zu Raum und Zeit und der eigenen Person zu äußern. Der Betroffene wirkt unsicher bis desorientiert.“ S. 31

„Formen:

[>] Zeitliche Orientierungsstörung […]

[>] Örtliche Orientierungsstörung […]

[>] Situative Orientierungsstörung […]“ S. 32



6.1.4 Wahrnehmung

6.1.4.1 Quantitative Wahrnehmungsstörungen

„[…] falsche Wahrnehmung meist im Sinne von lückenhafter oder verminderter Wahrnehmung.“ S. 32

„Ausweitung und Beschleunigung, Fragmentierung oder Einengung sowie Fehlen der Wahrnehmung aufgrund von Aufmerksamkeits-, Auffassungs- oder Konzentrationsstörungen.“ S. 32

6.1.4.2 Qualitative Wahrnehmungsstörungen

„[…] veränderte Wahrnehmungen bei veränderten Realitätserleben oder Wahrnehmungserleben ohne entsprechende Sinnesreize.“ S. 32

„Formen:

[>] **Illusionen** […] **Affektillusion** […] im Gegensatz zur Halluzination ist bei der illusionären Verkennung der Wahrnehmungsgegenstand tatsächlich vorhanden. Im Gegensatz zur Wahnwahrnehmung, wo der Gegenstand richtig erkannt, ihm jedoch eine abnorme Bedeutung beigemessen wird, hier Verkennung des Gegenstandes.“ S. 33

„[>] **Halluzinationen** […] Trugwahrnehmungen, d.h. Wahrnehmungserlebnisse ohne objektiv gegebenen Sinnesreiz, die für wirkliche Sinneseindrücke gehalten werden. […] Halluzinationen sind auf sämtlichen Sinnesgebieten möglich, so im Bereich des Hörens, Sehens, Riechens, Schmeckens, des Tastsinns, aber auch im Bereich von Temperatursinn und Schmerz sowie des Bewegungsgefühls (kinästhetische Halluzinationen):“ S. 33

„[>] Akustische Halluzination […] sind manchmal aus der Mimik des Kranken zu vermuten (Blick in Richtung der Stimmen!). Zwischen Stimmenhören, Gedankenlautwerden und Gedankeneingebung (siehe Ich-Störungen!) ist gelegentlich schwer zu unterscheiden. […]“ S. 33

„[>] **Optische Halluzinationen:** szenische Halluzinationen oder Wahrnehmung kleiner Gegenstände, Figuren, Tiere […] Divide hypagoge Halluzinationen: optische Sensationen beim Aufwachen oder Einschlafen.“ S.33

„[>] **Olfaktorische und Geschmackshalluzinationen:** treten häufig gemeinsam auf oder gehen phänomenologisch ineinander über. […]“ S.33

„[>] **Haptische (taktile) Halluzinationen:** Wahrnehmung im Bereich der Haut oder Schleimhaut.“ S. 34

„[>] **Leibhalluzinationen:** leibliche Beeinflussungserlebnisse von außen durch Hypnose, Apperate oder Strahlung.“ S.34

„[>] **Zönäthesien:** abstruse leibliche Empfindungen eigenartige Körpergefühlstörungen unterschiedlichster Qualität ohne den Charakter des Gemachten z.B. Ringgefühle, Brennen, Bohren, Verfaulen, Levitation ect.“ S. 34

„[>] **Pseudohalluzinationen** entsprechen Halluzinationen mit dem Unterschied, daß das Realitätsurteil erhalten ist, Auftreten unabhängig vom Willen.“ S. 34

„[>] **Sonstige Wahrnehmungsstörungen**

1. (nicht halluzinatorische) Leibesgefühlsstörungen
2. Dysäthesien: veränderte unangenehme Wahrnehmungen auf der Körperoberfläche, etwa bei Berührung
3. Pareidolie: ähnlich der Illusion, jedoch nicht vom Affekt getragen
4. Makropsie, Mikropsie, Metamorphosie; auch u.U. Hypakusis und Verschwommensehen als einfache Wahrnehmungsveränderungen.“ S. 34



6.1.5 Denken

„Zentrale Ich-Funktion im Zusammenhang mit Vorstellen und Urteilen. Denken manifestiert sich in Sprache und Schrift, wird gesteuert von Wahrnehmungen, Assoziationen und Denkzielen und setzt die Verfügung über Gedächtnisinhalte voraus.“ S. 34

„Störungen des Denkens sind in Bezug auf formalen Denkvorgang (formale Denkstörung) und auf Gedankeninhalt (Wahn, Zwang) möglich.“ S. 34

6.1.5.1 Formale Denkstörungen

„Es handelt sich um subjektive und objektive Veränderungen und Abwandlungen des normalen Denkvorgangs. Bedeutungsveränderungen und unlogisches Denken werden als vorwiegend formal gestört angesehen, obwohl hier auch eine Störung des Denkinhalts vorliegt.“ S. 35

„Formen:

[>] **Hemmung des Denkens:** subjektiv empfundene Erschwerung des Denkablaufs hinsichtlich Tempo, Inhalt und Zielsetzung, die auch bei offensichtlichen Bemühen des Patienten nicht behoben werden kann; Einengung, Mangel an Einfällen.

[>] **Verlangsamung:** objektiv wahrgenommene Verzögerung des Denkablaufs. Gedankengang ist mühsam und schleppend. (Gegenteil: Beschleunigung)

[>] **Perservation:** […] inhaltlich: Haften, an einem Thema <<kleben>>. Eingeengter Gedankengang, da Umstellung auf neue Denkziele kaum möglich. […] verbal: Verbigeration […]

[>] **Umständlichkeit:** mangelnde Abstraktionsfähigkeit; keine Trennung von Wesentlichen und Nebensächlichem. Der Patient verliert sich in Einzelheiten, ohne jedoch vom Ziel gänzlich abzukommen (weitschweifig!)

[>] **Vorbeireden (Danebenreden):** trotz Verständnis der Frage (aus Antwort und/oder Situation ersichtlich) nicht beabsichtigtes (!) an der gestellten Frage „Vorbeiantworten“

[>] **Sperrung des Denkens/Gedankenabreißen**: plötzlicher Abbruch eines zunächst flüssigen Gedankenganges, zuweilen mitten im Satz, ohne erkennbaren

Grund; u.U. Themawechsel; Sperrung „subjektiv“ erlebt – Gedankenabreißen „objektiv“ beobachtet

[>] **Begriffsverschiebung** […] **Konkretismus:** Begriffe können nur noch wörtlich, nicht im übertragenen Sinne verstanden und eingesetzt werden […] **Symboldenken:** Begriffe werden nur im übertragenem (methaphorischen) Sinne verstanden; Denken in Symbolen, die für Erlebniskomplexe stehen, nicht in abstrakten Begriffen.

[>] **Begriffszerfall:** Begriffe verlieren ihre exakte Bedeutung und ihre scharfe Abgrenzung gegenüber anderen Begriffen.

[>] **Kontamination:** Unterschiedliche, z.T. logisch unvereinbare Bedeutungen werden miteinander verquickt. Das äußert sich sprachlich u.a. in Wortneubildungen.

[>] **Neologismus/Wortneubildung:** Vorkommen z.B. im Traum, oft bei Schizophrenie

[>] **Zerfahrenheit:** zusammenhangloses und alogisches Denken; dissoziierter Gedankengang. […] Im Extremfall bruchstückhafte, beziehungslose Sprache, unzusammenhängende Wörter oder Wortreste („Wortsalat“)

[>] **Inkohärenz:** zerfahrenes Denken bei gleichzeitiger qualitativer Bewusstseinsstörung (exogene Psychosen vom amentiellen Typ). Das Denken absolut zusammenhanglos, d.h. die einzelnen Bruchstücke ohne Beziehungen zueinander.

[>] **Ideenflüchtiges/sprunghaftes Denken:** Unmöglichkeit, etwas längeren Gedankengang zu Ende zu führen, da ständig neue Assoziationen und Einfälle auftauchen. Das Denken wird nicht mehr von einer Zielvorgabe straff geführt. Patient „gerät vom Hundertsten“ ins Tausenste. Gesamtzusammenhang gelockert, bleibt jedoch verständlich; leichte Ablenkbarkeit durch Außenreize

[>] **Logorrhoe:** unkontrollierter Redefluß […]

[>] **Gedankendrängen:** übermäßiger Druck vieler Einfälle oder auch ständig wiederkehrender Gedanken.“ S. 35, 36



6.1.5.2 Inhaltliche Denkstörungen

„Störung der Inhalte des Denkens, stets im Zusammenhang mit Störung des Realitätsurteils

Formen:

6.1.5.2.1 Wahn

[>] **Wahn** […] aus krankhafter Ursache entstehende, […] irrige, gegenwärtig nicht korrigierbare Überzeugung von unmittelbarer Gewißheit, meist im Sinne der Eigenbeziehung. Obwohl Widerspruch zur Realität, dennoch unmittelbare persönliche Evidenz (Wahngewißheit); kein Bedürfnis nach Begründung dieser Fehlbeurteilung […] Wahn entsteht häufig in Verbindung mit Störungen der Affektivität als synthymer (kongruenter) Wahn z.B. als Verarmungs- oder Schuldwahn bei Depressionen.“ S. 36, 37

[>] **Wahngedanken**, **-ideen und –vorstellungen** (synonym verwendet) gehören der Vorstellungswelt des Kranken an

[>] **Wahnwahrnehmung** […] einer realen Sinneswahrnehmung [wird] abnorme Bedeutung beigemessen (zweigliedrig).

[>] **Wahneinfall:** plötzliche intuitive Gewißheit im Sinne eines Wahngedanken ohne äußeren Anlaß […]

Der Wahn im zeitlichen Verlauf:

[>] **Wahnstimmung** […]

[>] **Manifester Wahn/Wahngewißheit** […]

[>] **Residualwahn**“ S. 37

„Wahnthemen/-inhalte

[>] Beziehungswahn […]

[>] Beeinträchtigungswahn […]

[>] Kontrollwahn […]

[>] Verfolgungswahn […]

[>] Querulantenwahn […]

[>] Eifersuchtswahn […]

[>] Größenwahn […]

[>] Schuldwahn […]

[>] nihilistischer Wahn […]

[>] Symbiontischer Wahn […]“ S. 38

6.1.5.2.2 Überwertige Ideen

„[…] nichtwahnhafte, aber inhaltlich als Komplex fest miteinander verbundene Gedanken, die in unangemessener Weise die Person beherrschen.“ S. 38

6.1.5.2.3 Zwang

„Auftreten von Vorstellungen und Handlungsimpulsen, die als der Person zugehörig aber ich-fremd erlebt werden und nicht zu unterdrücken sind (trotz ihres als unsinnig erkannten Charakters). Keine willentliche Beeinflussung möglich. Quälendes Erleben, bei Unterdrückung des Zwangs tritt Angst auf. […]

Formen:

[>] Zwangsgedanken […] Zu Zwangsgedanken werden gerechnet: Zwangsgrübeln, Zwangsvorstellungen, Zwangserinnerungen, Zwangsbefürchtungen […]

[>] Zwangshandlungen […]

[>] Zwangsimpulse […]“ S. 39

6.1.6 Affektivität

„Zusammenfassende Bezeichnung für Gefühle, Affekte und Stimmungen. Die Affektivität (das Gefühlsleben, die Emotionalität, das Gemüt) ist persönlichkeitsbestimmend. Spezielle Leibwahrnehmungen wie Hunger, Schmerz, sexuelle Erregung […] sowie allgemeinere Leibwahrnehmungen (Gemeingefühle, Vitalgefühle) bestimme die Befindlichkeit und tragen die Stimmung.“ S. 39



6.1.6.1 Affektivitätsstörungen

„Störungen von Stimmung und Gefühlen (Emotionalität), einschließlich abnormer Affekte. In Verbindung mit Störungen der Affektivität treten häufig Insuffizienzgefühle und synthyme (zur Stimmung passende, kongruente) Wahninhalte wie Verarmungswahn, Schuldwahn oder auch Größenwahn auf. „ S. 39, 40

„Formen:

[>] Affektlabilität […]

[>] Affektinkontinenz […]

[>] Stimmungslabilität […]

[>] Depressivität […]

[>] Euphorie, Hypomanie, Manie […]

[>] Dysphorie […]

[>] Affektverflachung […]

[>] Apathie […]

[>] Torpidität […]

[>] Ambivalenz […]

[>] Parathymie […]

[>] Gefühl der Gefühlslosigkeit […]

[>] Störung der Vitalgefühle (Vitalstörungen) […]

[>] Angst […]

[>] Phobie […]“ S. 40

6.1.7 Antrieb

„[…] verantwortlich für die Bewegung aller seelischen Leistungen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer. Der Antrieb unterhält Lebendigkeit, Initiative, Aufmerksamkeit, Tatkraft. Vorallem am Ausdrucksverhalten und an der Psychomotorik zu erkennen.“ S. 41

6.1.7.1 Antriebsstörungen

„Steigerung oder Verminderung oder Veränderung der wirkenden Persönlichkeitskraft. Eine Veränderung, die vom Willen nicht zu steuern ist.“ S. 41

„Formen:

[>] Antriebsschwäche/-mangel […]

[>] Antriebshemmung […]

[>] Antriebssteigerung […]

[>] Beschäftigungsdrang […]

[>] Mutismus […]“ S. 42

6.1.7.2 Psychomotorische Störungen

„Störung der durch psychische Vorgänge gesteuerten Bewegungen, Desintegration von psychischen und motorischen Funktionen.“ S. 42

„Formen:

[>] Hyperkinese […]

[>] Akinese/Hypokinese […]

[>] Katalepsie […]

[>] Stupor […]

[>] Stereotypien […]

[>] Manierismen (Maniertheit) […]

[>] Faxen (syndrom) […]

[>] Raptus […]“ S. 42

6.1.8 Ich-Erleben

6.1.8.1 Ich-Störungen

„Formen:

[>] Entfremdungserlebnisse (ubiquitäres Erleben) […] Depersonalisation […] Derealisation […]

[>] Beeinflussungserlebnisse […]

[>] Transitivismus […]

[>] Doppelte Persönlichkeit (doppeltes Bewußtsein) […]“ S. 43

6.1.9 Intelligenz

„Unterscheidung von praktischer Intelligenz, d.h. Fähigkeit zur Lösung von Aufgaben des täglichen Lebens, und theoretischer Intelligenz mit Leistungen wie Begriffs- und Urteilsbildung“ S. 43

6.1.9.1. Angeborene Intelligenzminderung (Oligophrenie)

„Formen:

[>] leichte Intelligenzminderung (Debilität) […]

[>] mittelgradige Intelligenzminderung (Imbezillität) […]

[>] schwerste Intelligenzminderung (Idiotie) […]“ S. 44

6.1.9.2. Erworbene Intelligenzminderung

„Verlust von im frühen Leben erworbenen intellektuellen Fähigkeiten durch organische Hirnerkrankungen […]

[>] Pseudodebilität: Vortäuschung eines Schwachsinns (ähnlich auch Ganser-Syndrom: bewußtseinsnahes Vortäuschen von intellektuellen Ausfällen) […]

[>] Depressive Pseudodemenz: scheinbare Verblödung bei schweren Depressionen im Alter (vor allem subjektiv erlebt); Hemmung der kognitiven Funktionen.“ S. 44

7. Körperlich begründbare psychische Störungen

„[…] Erkrankungen, deren Ätiologie [Ursache] körperlich zu begründen ist (diffuse oder lokale Schädigung des Gehirns).“ S. 47

7.1 Exogene Psychosen S. 48f.

7.2 Organische und andere körperlich begründbare Psychosyndrome

„Bezeichnung für psychische Störungen aufgrund organischer Hirnveränderungen, die wegen im allgemeinen fehlender Produktivität nicht die <<Wertigkeit>> von Psychosen erlangen.“ S. 51

8. Missbrauch und Abhängigkeit

„Zahlreiche psychotrope Substanzen werden verwendet, um in missbräuchlicher oder abhängiger Weise Effekte hervorzurufen, die die Betreffenden gefährden oder schädigen. Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit stehen in Interaktion mit Persönlichkeit (Disposition und Entwicklung), Umwelt (Sozialfeld und Gesellschaft) und Droge (Angebot, Erreichbarkeit, Wirkung).“ S. 73

„Der Begriff <<süchtige Fehlhaltung>> beinhaltet auch süchtige Verhaltensweisen (nicht stoffgebundene Süchte) wie Spielsucht ect.“ S. 73

9. Schizophrene Psychosen

„Schizophrene Psychosen betreffen die gesamte Persönlichkeit. Ursache und Entstehung sind bisher ungeklärt; wahrscheinlich wirken zahlreiche genetische und nicht genetische Faktoren zusammen.“ S. 98

9.1 Umgang mit schizophrenen Patienten

9.1.1 Wahnhafte Patienten

„Zuhören wenige Fragen stellen […]. Den Patienten mit seinem Wahn akzeptieren, nicht so tun, als ob man die Wahninhalte für Realität hielte. Erst später [Über]Prüfung, inwieweit Distanzierung vom Wahn möglich ist. Hallozinatorisches Verhalten kann angesprochen werden („Was hören Sie gerade?“)

9.1.2 Unruhige, aggressive Patienten

„Versuchen, mit ruhigem Gespräch und Zureden den Patienten langsam aus seiner Erregung zurückholen.“ S. 111

„Wichtig ist der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die dem Patienten die Möglichkeit läßt, Nähe und Distanz selbst zu bestimmen, und die es ihm ermöglicht, sich in depressiven suizidalen oder erneuten akuten psychotischen Manifestationen an seinen Therapeuten zu wenden.“ S. 112

9.1.2.1 **Sozialtherapie / Rehabilitation**

„

[>] **Schaffung eines möglichst natürlichen Behandlungsmilieus** […]

[>] **Realitätstraining:** Besprechung aktueller Situationen, Copingverhalten [Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase]; Rückzugstendenzen entgegenwirken […]

[>] **Spezielle therapeutische Aktivitäten**: Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Werktherapie, Gartentherapie, Gymnastik und Sport, Musiktherapie, Soziodrama, Entspannungsübungen, Entspannungsgymnastik; Stufenweise Heranführung an Selbstverantwortlichkeiten, Selbstbewußtsein […]

[>] **Psychoedukation unter Einbeziehung der Angehörigen** (s.oben)“ S.112

[>] wichtig für die Wiedereingliederung in die Familie ist der Grad der „expressed emotions“ zwischen den Familienangehörigen […]

[>] **Behandlungsinstitutionen** (möglichst gemeindenah): Tageskliniken, therapeutische Wohngemeinschaften, Werkstätten für Behinderte, beschützte Arbeitsplätze, Patientenklubs, Angehörigengruppen, Heime zum Dauerwohnen“ S.112

„Die Belastung des Patienten darf nur bis zu einer von Patient und Therapeut gemeinsam auszulotenden Grenze erfolgen, die im Laufe der Zeit mehr Spielraum zuläßt. Überforderung kann zu Suizidalität führen!“ S. 112

10. Affektive Psychosen

„Affektive Psychosen sind „Psychotische Erkrankungen mit Störungen der Affektivität (Verstimmung), die sich in zwei entgegengesetzte Richtungen äußern können: Manie und Depression/Melanchonie.“ S. 116

10.1 Auslösende Faktoren

„Werden immer wieder diskutiert, jedoch nicht immer nachweisbar:

10.1.2 somatische Faktoren: z.B. Grippe, hormonelle Störungen, Operationen, Abmagerungskuren, Wochenbett

10.1.3 psychische Faktoren: unspezifische Auslöser privater und beruflicher Art (z.B. Trennungs- und Verlusterlebnisse, chronische Konflikte, Einsamkeit/Vereinsamung, Umzug, schwere Kränkungen, Entlastung nach anhaltender Belastung, kritische Lebensereignisse etc.), (sind) dem Patienten häufig nicht bewußt.“ S. 118

10.2 Prognose

„Der Ausgang affektiver Psychosen reicht von Vollremission [vollständige Verschwinden aller Zeichen] – über seltene – leichte Residualzustände, Chronifizierung bis zu Tod während einer Phase bzw. durch Suizid; Prognose wird durch allgemein erhöhte Mortalität, Suidzidrisiko, Rückfallgefährdung und Chronifizierung verschlechtert. Rückfallgefährdung z.B. durch mangelnde Compliance (Medikamenteneinnahme) oder durch chronische Stressoren, mangelhaftes soziales Netz, soziale Unterstützung.“ S. 118

11. Depression / Melancholie (depressive Episode F 32, F 33)

11.1 Symptome

11.1.1 Affektivität:

„traurige Verstimmung im Sinne von <<Herabgestimmt sein>>; Gefühle innerer Leere, Verlust der affektiven Schwingungsfähigkeit […] Gefühle von Sinn- und Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Pessimismus/Zweifel/Resignation (<< Es wird nie besser werden!>>; Insuffizienzgefühle, Selbstentwertung und

Selbstagressivität (Suizidgefahr!), schwere Schuldgefühle; Tagesschwankungen (häufiger mit Morgentief und gebesserter Stimmung am Abend); Ängste (Alltag, irreale Ängste, existentielle Angst) S. 118

Gefühl der Gefühlslosigkeit

„Unfähigkeit zu positiven Gefühlen ebenso wie zu Traurigkeit, Weinen, Sympathiegefühlen gegenüber Bezugspersonen“ S. 118

11.1.2 Antrieb

11.1.3 Antriebshemmung (gehemmte Depression);

„noch kürzlich bewältigte Alltagsaktivitäten werden zum Problem, Arbeitsunfähigkeit, Initiativelosigkeit; schwerste Form der Antriebshemmung: depressiver Stupor (kaum Reaktionen auf Ansprache, kaum Bewegung, insgesamt eher selten)“ S. 119

11.1.4 Antriebssteigerung (agitierte Depression):

„Depression mit starker innerer und/oder motorisch geäußerter Unruhe, deutlich geäußerte Verzweiflung, stereotyp wiederholte Klagen“ S. 119

11.1.5 Vitalstörungen und vegetative Symptome:

„Druckgefühl auf Brust- oder Bauchraum, Mißempfindungen mit verschiedener Lokalisation; Durchschlafstörungen (mit zerhacktem Schlaf und Früherwachen); Appetitverlust bzw. –mangel (Konsequenz: Gewichtsabnahme); Obbstipation; Verlust von Libido und Potenz, evtl. mit sekundärer Amenorrhoe; allgemeines Abgeschlagensein, ständige Müdigkeit“ S. 119

11.1.6 Denken:

„

11.1.6.1 formal:

Denkhemmung. Das Denken ist verlangsamt, einförmig, unproduktiv, reduziert auf wenige Inhalte (Schlaf, Stuhlgang, negative Kognitionen), geringe Aufnahmefähigkeit für neue Gedanken und Anregungen; intellektuelle

Funktionen erhalten, aber krankheitsbedingt nicht voll verfügbar. Bei älteren Depressiven u.U. Pseudodemenz, nach Remission auch Normalisierung der kognitiven Funktionen.“ S. 119

11.1.6.2 inhaltlich:

„Depressiver Wahn mit folgender Thematik:

11.1.6.2.1 Schuld und Versündigung:

extreme Selbstvorwürfe, z.T. wegen lange zurückliegender, harmloser Verfehlungen; entsprechend irrationale Angst vor den Folgen […]

11.1.6.2.2 hypochondrischer / Krankheitswahn:

unkorrigierbare Gewißheit, eine schwere, evtl. zum Tode führende Krankheit zu haben […] leichtere Form: extreme Sorge um die eigene Gesundheit

11.1.6.2.3 **nihilistischer Wahn (Cotard-Syndrom):** Existenzvernichtung, bezogen auf die eigene Existenz, die Familie, die ganze Welt“ S. 119

11.1.6.4 Zwangsgedanken

„können führende Rolle spielen (anakastische Depression), z.B. Tötungsimpulse gegen den Partner, die eigenen Kinder oder sich selbst“ S.119

Depression/Melancholie ist „weniger ein Symptom allein, als vielmehr ein charakteristischer, für endogene Depression/Melancholie spezifischer Symptomenkomplex. In der Regel mehrere Vitalsymptome und Verlust von Aktivität/Energie; typisch auch Tagesschwankungen mit Morgentief, schwere Schlafstörungen. Ferner typische Verlaufskriterien: Frage nach früheren depressiven Phasen, früheren manischen Phasen, manischen oder hypomanischen Nachschwankungen“ S. 120



11.2 Besondere Formen der schweren Depression

11.2.1 Depressive Syndrome in Schwangerschaft und Wochenbett

11.2.2 Depressive Syndrome im Klimakterium

11.2.3 Erschöpfungsdepression

„insbesondere durch Dauerbelastung; häufig bei neurotischen Grundkonflikten bzw. bestimmter Persönlichkeitsstruktur. Symptomatik: Reizbarkeit und Nervosität, affektive und vegetative Labilität, Schlafstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, diverse psychosomatische Beschwerden“ S. 120

11.2.4 Lavierte Depression

„depressive Verstimmung als Hintergrundsymptom, leibliche Mißempfindungen, z.B. Herzrytmusstörungen, über typische depressive Symptome wird nicht geklagt, sie verbergen sich aber „maskiert“ hinter den vorgebrachten Körperbeschwerden. Patienten mit laviert depressiver Symptomatik verlangen oft besonders intensive organmedizinische Untersuchungen.“ S. 120

11.2.5 Involutionsdepression

„häufig psycho- oder auch somatogene Auslösung; psychogene Auslöser: […] Trennung vom Lebenspartner, Bewältigung von Schwierigkeiten mit Kränkungen […] und somatischen Erkrankungen, bevorstehendes Ausscheiden aus dem Berufsleben“ S. 121

11.2.5 Depression im Senium

„häufig in Verbindung mit somatischen Erkrankungen bzw. hirnorganischen Abbauprozessen, aber auch Einsamkeit und sozialer Isolierung; Suizidgefahr besonders groß.“ S.121

11.2.6 Hirnorganische Depression

„z.B. bei Hirnerkrankungen und dadurch bedingten Psychosyndromen: auch bei Epilepsie“ S. 121

11.2.7 Symptomatische Depression

„Depressionen als Begleiterscheinungen körperlicher Erkrankungen […] Depressivität häufig auch in biologischen Umbruchzeiten (Pubertät, Schwangerschaft, Prämentruum, Klimaterium)“ S. 121

12. Manie (manische Episode F 30)

„Patienten mit manischer Psychose fehlt meist subjektives Krankheitsgefühl.“ S. 122

13. Mischzustände (bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode F31)

„Im psychopathologischen Querschnitt sowohl manische als auch depressive Symptome (nicht zu verwechseln mit rasch alternierenden depressiven und manischen Schwankungen im Verlauf einer bipolaren affektiven Psychose (Kurzzykler – rapid cycler) sowie schizoaffektiven Psychosen)“ S. 124

Symptome: „Rascher Wechsel von Stimmungsgehobenheit und tiefer Verzweiflung“ S. 124

Diagnose: „Häufig rascher Wechsel depressiver und manischer Symptome. Eine klare Zuordnung zu Depression oder Manie kann schwierig sein. Tritt häufig im Übergang von depressiven zu manischen Phasen und umgekehrt auf.“ S. 124

14. Sonstige affektive Störungen S. 124

15. Schizoaffektive Psychosen, akute vorübergehende Psychosen, Wahnentwicklungen

15.1 Schizoaffektive Psychosen (F 25)

„Endogene Psychosen mit Symptomen aus dem Überschneidungsbereich des schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreises." S. 127

Synonyma: „Mischpsychose, atypische endogene Psychosen; zu diesem Bereich gehörig: zykloide Psychosen" S. 217

15.2 Sondergruppe: Zykloide Psychosen

15.2.1 Angst-Glück-Psychose

15.2.2 Erregt-gehemmte Verwirrtheitspsychose

15.2.3 Hyperkinetisch-akinetische Motilitätspsychose

15.3 Akute vorübergehende Psychosen (F 23)

„aktut innerhalb von Tagen auftretende, kurzdauernde psychotische Syndrome unterschiedlicher Genese (insbesondere nach aktueller Belastung). Vorkommen besonders häufig in den Ländern der Dritten Welt. Viele dieser Störungen wurden früher als psychogene oder reaktive Psychosen klassifiziert." S. 128

„Formen:

5. **Polymorphe Störungen** mit oder ohne typisch schizophrene Symptome: wechselnde produktive Symptomatik, starke affektive Schwankungen von Glücksgefühlen und Ekstase bis zu Angst und Reizbarkeit
6. **Akute schizophreniforme Störungen**

Darüber hinaus finden sich akute depressive und karatone Syndrome, so wie solche, bei denen Bewußtseinsstörungen im Vordergrund stehen." S. 127

15.4 Wahnentwicklungen (F 22)

„Entwicklung eines anhaltenden Wahns, in der Regel ohne sonstige produktive Symptome wie Halluzinationen sowie ohne tiefgreifende Persönlichkeitsveränderung. Oft finden sich psychogen erklärbare Entstehungsbedingungen bei angenommener Disposition. Therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsbilder." S. 127

15.4.1 Formen von Wahnentwicklung

15.4.2 Paranoia / sensitiver Beziehungswahn

15.4.3 Querulantenwahn (Paranoia querulans)

„Psychopathologisch Übergang überwertiger Idee zum systematisierten Wahn. Wahnhafte Überzeugung, ständig Rechtskränkungen zu erleiden

Prämorbide Persönlichkeit: starrsinnig, rechthaberisch, oft nachdrücklich, auch kampfelustig“ S. 130

15.4.4 Eigengeruchsparanoida

„Gelegentlich als isolierter Wahn mit eingebildeter Wahrnehmung von unangenehmen Eigengeruch z.B. Fäkalgeruch. Beginn als überwertige Idee, z.B. nach Äußerungen aus der Umwelt; auch als Symptom im Rahmen von schizophrenen Psychosen.“ S. 130

15.4.5 Dysmorphophobie

„Wahnhafte Entwicklung des Inhalts, von der Umwelt wegen eines vermeintlichen oder tatsächlichen Körperfehlers […] Folge der Wahnentwicklung: depressive Verstimmungen, auch suizidale Handlungen, u.U. psychotische Dekompensation. Gelegentlich auch bei beginnender Schizophrenie. Übergang von überwertiger Idee zu Wahn.“ S. 131

15.4.6 Dermatozoenwahn

„Gewißheit, daß am Körper kleine Tierchen, Parasiten, Würmer ect. Vorhanden sind (Mißempfindungen bzw. taktile Halluzinationen).“ S. 131

15.4.7 (Prä)seniler Beeinträchtigungswahn / Kontaktmangelparanoid

„häufig in Zusammenhang mit hirnorganischem Abbau, aber auch bei vereinsamten Personen, nach Verlust des Kontakts zur Umgebung. Oft jahrelang anhaltendes, der Umgebung verborgen bleibendes Syndrom.“ S. 131

15.4.8 Wahnentwicklung bei Schwerhörigen

„bei Verlust des Kontakts zur Umgebung durch Hörverlust, ähnlich dem Kontaktmangelparanoid. Vergleichbare Störung auch in sprachfremder Umgebung sowie nach langer Isolation in sensorisch-deprivierender Situation.“ S.131

15.4.9 Induzierte wahnhafte Störung (symbiotischer Wahn, Folie á deux) F24

Übernahme der Wahnsymptomatik eines Kranken durch einen nicht wahnkranken Partner der auch eine ganze Gruppe (Familie); der Primärerkrankte suggeriert dem Partner seine Wahninhalte (z.B. Verfolgungswahn, […] etc.). Erkrankung der Primärperson häufig an paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie." S. 131

16 Neurosen

16.1 Allgemeiner Teil

„Krankhafte Störung der Erlebnisverarbeitung; Versuch einer Kompromißbildung zwischen subjektiv nicht zu vereinbaren Tendenzen. Erklärung der Symptomatik (abnormes Erleben und Verhalten, evtl. auch mit funktionellen Störungen):" S. 137

16.1.1 aus psychoanalytischer Sicht„Fehlentwicklung/ -haltung mit Symptomcharakter durch Reaktivierung in Adolszenz/jungem Erwachsenenalter von ätiogisch und pathogenetisch bis in die Kindheit zurückreichenden, unbewußten, nicht gelösten infantilen Konflikten; intrapsychische Konflikte zwischen psychischen Substrukturen" S. 137

16.1.2 aus lerntheoretischer Sicht

„erlerntes (klassisch wie auch operant konditioniertes) Fehlverhalten" S. 137

16.2 Allgemeine Neurosenlehre

16.2.1 Psychoanalytisches Phasenmodell (Neurosenentwicklung) S. 138 f.

16.2.2 Psychoanalytische Instanzenlehre, Ich-Psychologie und Abwehrmechanismen

16.2.3 Instanzenlehre S. 140

16.2.4 Ich-Psychologie

„zentrale Bedeutung des Ichs ist Regelung und Bewältigung der z.T. divergierenden Wüsche/Bestrebungen/Forderungen von Es und Über-Ich. Konfliktanfälligkeit z.B. durch Triebwünsche vs. Verbote (Es vs. Über-Ich) unter Berücksichtigung der Realität (Realitätsprüfung). Das Ich verfügt über eine Reihe von Abwehrmechanismen, die bei Angst (Signal bei drohender Reizüberflutung) einsetzen." S. 141



16.2.5 Abwehrmechanismen

„

7. **Verdrängung** der mit dem Gesamtleben nicht zu vereinbarenden eigenen Impulse oder auch äußerer Erfahrungen/Erlebnisse in den Bereich des Unbewußten. Eine Form von Nichtwahrhabenwollen […]. Das Verdrängte bleibt aber aus dem Unterbewußtsein heraus wirksam
8. **Verleugnung** schmerzhafter bzw. schamhafter, unangenehmer Teile der Realität
9. **Projektion:** Eigene Konflikte/Wünsche/Triebregungen werden nach außen verschoben (projiziert) und dort häufig bekämpft, d.h. Verlagerung eigener Vorstellungen auf einen anderen Menschen, an dem diese Regungen (tatsächlich oder vermeindlich) wahrgenommen und möglicherweise kritisiert werden, während die im eigenen Erleben nicht ertragen werden können
10. **Identifikation:** Bestrebungen, Ziele, Persönlichkeitscharaktika anderer werden in das eigene Selbst integriert und damit zu eigen gemacht
11. **Reaktionsbildung:** Verkehrung ins Gegenteil (z.B. besonders freundliche Behandlung eines ungeliebten, verachteten Gegenübers)
12. **Regression:** Rückzug (phantasiert und/oder im manifesten Verhalten) in frühere Entwicklungszeiten („harmonischer Primärzustand“). Häufiger Abwehrmechanismus bei starken Kränkungen/Versagungen und dadurch bedingter Frustration
13. **Verschiebung:** Konflikthaft erlebte Impulse/Gefühle gegenüber einer Person werden auf andere (Personen oder Sachen) verschoben
14. **Rationalisierung:** Versuch, einem abgewehrten Motiv eine moralisch akzeptable Lösung zu geben
15. **Wendung gegen das Selbst:** Wendung eines Triebimpulses (z.B. Wut) gegen die eigene Person
16. **Sublimierung:** sozial bzw. kulturell akzeptierte und gratifizierte Ersatzbestätigungen für das Ausleben von Triebimpulsen
17. **Isolierung:** Gedanken werden von anderen Gedankenverknüpfungen isoliert und damit „unschädlich“ gemacht

18. Spaltung: Trennung von „total guten“ und „total bösen“ Objekten z.B. in der Übertragung bei Borderline-Persönlichkeitsstruktur

19. Ungeschehenmachen: Beseitigung vorangegangener Gedanken oder Handlungen durchneue Gedanken/Handlungen, die häufig gegenteilige Bedeutung haben.

20. sog. Psychosoziale Abwehr: belastende Manipulation anderer zur eigenen Konflikt- und Leidensantlastung. Beispiel: Eine Mutter stiftet Ihren Sohn zu Streichen an, an die sich selbst nie traute, und bestraft ihn womöglich dafür.“ S. 141, 142

16.2.6 Neurotische Depression (Dysthymia F34.1)

„Überwiegen nichtpsychotischen depressiven Erlebens (Verstimmung) und Verhaltens (Gehemmtheit)“ S. 142

„**Symptomatik:** depressive Verstimmung, Selbstwertproblematik, Hemmungen, Gefühl von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Angst (z.B. vor Ablehnung, Trennung, Verlassenwerden, Verlust), Arbeitsstörungen,

16.2.7 Zwangsneurose (Zwangsstörung F42)

„Patient leidet unter verschiedenen, sich ihm aufdrängenden Zwängen bzw. Zwangsimpulsen, gegen die er sich nicht oder nur mit großer Anstrengung wehren kann. Auftreten zwangsneurotischer Symptome häufig bei Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstruktur (Neigung zu Kontrolle, Perfektionismus; Streben nach Dauer und Sicherheit, Absicherungstendenzen, Angst vor Wandlung)“ S. 143

„**Symptomatik:** Zwangsgedanken/-vorstellungen (z.B. Verbindung von Buchstaben oder Zahlen mit Unglück oder Bedrohung), Zwangshandlungen (z.B. Kontroll- oder Waschzwang), bei deren Unterlassung heftige Angst auftritt. Meist vergeblicher Widerstand gegen die Zwänge. Angst bei Unterdrückung der Zwänge. Zwangsimpulse (z.B. sich oder andere umbringen zu müssen, Drang zu obzönen Handlungen); zwanghafte Charakterzüge (Pedanterie usw.), Arbeitsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen (Hingabestörung). Psychosomatische Störungen (z.B. Asthma, Obstipation, Schreibkrampf), starke Verheimlichungenstendenzen bei den Betroffenen („heimliche Krankheit“)“ S. 143

16.2.8 Angstneurose (Angststörung/Panikstörung F41)

„Vorherrschen von Angstsymptomatik (frei flottierende Angst, zunächst nicht objekt- oder situationsgebunden, vgl. <<Phobien>>, auch als plötzlich anfallsartig einsetzende Angstanfälle/Panikattacken) verbunden mit Vermeidungsverhalten. Häufig begleitet von verschiedenen Somatisierungen (Angstäquivalente). Trennungsempfindlichkeit oder Trennungskonflikt“ S. 143

„Symptomatik: erhöhte Angsterwartung (z.B. vor Atemnot, Ohnmacht, weiteren Angstanfällen etc.), Angstanfälle (mit vegetativen Begleiterscheinungen), vegetative Symptome (z.B. Schweißausbrüche, Zittern, Parästhesien, Magen-Darm-Irritationen, Schwindel, Schlafstörungen)“ S. 144

16.2.9 Panikstörung (episodisch paroxsymale Angst F41.0)

„Wiederkehrende, schwere Angstatacken (Panik), nicht vorhersehbar und nicht spezifisch ausgelöst.“ S. 144

„**Symptomatik:** Plötzlicher Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen (Depersonalisation oder Derealisation). Konsekutiv häufig Angst zu sterben. Angst vor Kontrollverlust, Angst, wahnsinnig zu werden. Anfallsdauer meist kurz (einige Minuten), gelegentlich auch länger.“ S. 144

16.2.10 Phobien (Phobische Störung F40)

„Vorherrschen stark ausgeprägter Objekte bzw. Situationen gebundener Angstsymptomatik, auch im Sinne von Erwartungshaltung (einhergehend mit Vermeidungsverhalten). Einengung des Lebensraums.“ S. 145

„**Formen** Agoraphobie F 40.0, Soziale Phobie F 40.1, spezifische (isolierte) Phobien F 40.2 (Tierarten, Naturgewalten, Blut und Verletzungen, situativer Typ)“ S. 145

„Symptomatik: Leitsymptom ist eine situations- bzw. objektbezogene Angst (Agoraphobie: Angst vor weiten Plätzen, Menschenansammlungen, somit Angst vor öffentlichen Verkehrsmitteln, Kaufhäusern etc); Begleitsymptome wie bei Angstneurose; Einsicht, daß die Furcht übertrieben ist.“ S. 145

16.2.11 Hysterische Neurose / Konversionsreaktion (Dissoziative Störung F44)

„Störungen des Erlebens verbunden mit Störungen körperlicher Funktionen (Konversionssymptome). Auftreten häufig bei ausgeprägter, hysterischer Persönlichkeitstruktur. Als Gruppenphänomen in Schulen, Sekten etc. in Identifikation mit einer <<Führungsperson>>, häufiger beim weiblichen Geschlecht.“ S. 145

„Symptomatik Konversionssymptome (unbewußte symbolische <<Körpersprache>> der Affekte): z.B. Lähmungen, psychogene Anfälle, Parästhesien, Sehstörungen, Schmerzsyndrome; dissoziative Störungen (psychogene Bewußtseinsveränderungen) z.B. Amnesien, Vaginismus, Dyspareunie, Katrationsangst); Verhaltensstörungen (z.B. übertriebenes, künstlich wirkendes, teilweise bis ins Dramatische gesteigertes Auftreten, starker Drang nach Anerkennung und Bestätigung, z.B. durch sexuelle Eroberungen)

Zu den dissoziativen Störungen zählt auch:

21. multiple Persönlichkeit (in den USA häufig, in der BRD sehr selten); zwei und mehr <<abgetrennte>> Persönlichkeiten in einer Person
22. Ganser Syndrom (meist psychogen bedingtes Vorbeiantworten/Vorbeihandel; Zweckreaktion)“ S. 146

16.2.12 Hypochondrische Neurose (Hypochondrische Störung F45.2)

„Vorherrschen einer ängstlichen, körperbezogenen Selbstbeobachtung des Patienten und Befürchtung, an einer schweren Erkrankung zu leiden.“ S. 146

„**Symptomatik:** verstärkte, häufig ängstliche Selbstbeobachtung in bezug auf die eigene Gesundheit; unrealistische Krankheitsbefürchtung (z.B. Herztod, Karzinom, unzureichende Darmtätigkeit, Geschlechtskrankheit); meist Konzentration auf ein oder zwei Organe (Organsysteme)“ S. 147

16.2.13 Charakterneurose (nicht näher bezeichnete Störung F48.9 und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F60)

„Keine umschriebene Symptomatik, sondern umfassende Störung des gesamten Erlebens und Verhaltens; <<Charakterpanzer>> nach Reich (1989)“ S. 147

„**Symptomatik:** in einzelnen nicht festlegbar, Neurotisierung der ganzen Person je nach neurotischer Charakterstruktur (Riemann 1993):

23. **Schizoide Struktur:** Individualisten mit starkem Autarkiestreben, distanziert bis kühl; gesteigerter Narzißmus, Verletzlichkeit, Mißtrauen; Scharfsicht, intuitive Begabung, ungenügende Ich-Grenzen, schizoides Unsicherheitserleben. Häufig Pseudokontakte (Pseudoherzlichkeit).
    Bezüge zur präoralen sensorischen Phase (nach Riemann)
24. **depressive Struktur:** Suche nach Nähe, Wärme und Geborgenheit, nach Anerkennung; Anklammerungs- und Abhängigkeitstendenzen; Gefügigkeit, Vermeidung von Aggression; Angst vor Ich-Werdung und Autonomie; Bezüge zur oralen Phase.
25. **zwanghafte Struktur:** Tendenz zum Perfektionismus, Risikofurcht, Skrupelhaftigkeit, Schuldgefühle; Rechthaberei, Dogmatismus, Orthodoxie, Liebesleben häufig emotional gestört, systematisiert; Bezüge zur analen Phase.
26. **hysterische Struktur:** labiles Selbstwertgefühl, Ich-Schwäche, Selbstbezogenheit, Geltungsbedürfnis, Sich-nicht-festlegen-wollen; illusorische Wunschwelt; Bezüge zur ödipalen Phase“ S. 147, 148

16.2.14 Neurotisches Depersonalisationssyndrom (Depersonalisations-/Derealisationssyndrom F48.1)

„Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation, Derealisation) im Vordergrund des Erlebens; kein spezifisches Syndrom im Sinne einer eigenen Neurosenform, sondern – häufig transitorisches – Begleitsyndrom bei bestimmten Neurosen (z.B. Angstneurose, neurotische Depression, Zwangsneurose)“ S. 148

17 Reaktionen (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F43)

„akute, meist kurzdauernde Fehlverarbeitung eines Traumas. Unterscheidet sich von normalen Erlebnisreaktionen in Stärke und Dauer.“ S. 152

„Diagnostik: Vorhandensein eines Traumas bzw. Auslösers (enge Verbindung zwischen Reaktion und Situation), In der Regel Einzelvorgang (der jedoch wiederholt auftreten kann), keine weiteren psychischen Grunderkrankungen vorhanden. Diagnosestellung nach gründlicher Anamese (da häufig Neurosen Grundlage für abnorme Reaktionen bilden)“ S. 152

17.1 Akute Belastungsreaktion F43.0

„vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine körperliche und/oder seelische Belastung entwickelt und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.“ S. 152

„Mögliche Auslöser: überwältigendes traumatisches Erlebnis mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Betroffenen oder einer geliebten Person (z.B. Naturkatastrophe, Unfall, Verbrechen, Vergewaltigung); ungewöhnliche plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung und/oder Beziehungsnetzes (z.B. Verluste, Arbeitslosigkeit)“ S. 152

„Beginn mit <<Betäubung>>, evtl. Bewußtseinseinengung und einschränkte Aufmerksamkeit; Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, möglicherweise Desorientiertheit. Mögliche Folgen: Rückzug aus der Umwelt, aber auch Unruhezustände und/oder Fluchtreaktionen. Vegetative Begleitsymptome sind häufig. Symptomatik tritt unmittelbar nach dem belastenden Ereignis auf und geht meist innerhalb kurzer Zeit (bis zu 3 Tagen) zurück.“ S. 153

17.2 Posttraumatische Belastungsstörung F43.1

„verzögerte oder protrahierte Reaktion (innerhalb von 6 Monaten) auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (z.B. Katastrophen durch Naturereignisse oder von Menschen verursacht, Kampfhandlungen, schwerer Unfall, Vergewaltigung, Terrorismus ect.) Kann mehrere Jahre andauern, evtl. in andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) übergehen.“ S. 153

„**Symptome:** wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen; Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Lustlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, ferner Zustand vegetativer Überrerregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit, häufig assoziiert mit Angst und Depression sowie auch Suizidgedanken.“ S. 153

17.2 Anpassungsstörung F43.2

„Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen (auch schwerer körperlicher Erkrankung) auftreten.“ S. 153

„Symptome: depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, Sorge, mit der gegenwärtigen Situation nicht zurechtzukommen, evtl. auch Probleme bei der Bewältigung der alltäglichen Routine. Bei Jugendlichen könnten Störungen des Sozialverhaltens (z.B. aggressives oder dissoziales Verhalten) zu dieser Störung gehören. Beginn der Störung meist innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis. Dauer der Symptomatik meist nicht mehr als 6 Monate.“ S. 154

17.2.1 Kategorien der Anpassungsstörungen

17.2.1.1 Kurze depressive Reaktion (F43.20)

„vorübergehend leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat dauert.“ S. 154

17.2.1.2 längere depressive Reaktion (F43.21)

„leichterer depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation. Dauer: nicht länger als 2 Jahre“ S. 154

17.2.1.3 Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22)

„Vorhandensein von Angst und depressiven Symptomen“ S. 154

17.2.1.4 Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23)

„Symptome betreffen zumeist verschiedene affektive Qualitäten wie Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger.“ S. 154

17.2.1.5 Andere spezifische Angststörungen (F43.28)

„z.B. Kulturschock (nach Immigration, Emigration), Trauerreaktion, Hospitalismus bei Kindern.“ S. 154

17.2.1.5.1 Trauer

„Reaktion auf Todesfälle/Verlust nahestehender Menschen oder bei Verlust des gewohnten sozialen Milieus.

Kennzeichen: Trauer- oder Trennungsarbeit kann nicht geleistet werden, da der verlorene Mensch häufig eine besondere Bedeutung hatte oder spezifische Gefühle die Trauerarbeit behindern (z.B. ungelöste symbiotische Bindungen, unbewußte Wut oder Schuldgefühle gegenüber dem Toten).

Symptome: häufig Fehlen von Traurigkeit, statt dessen Versteinerung, Affektstarre, Hemmung, hypochondrische Klagen, Schlaflosigkeit, psychosomatische Beschwerden. Überkompensation durch übertriebene Aktivitäten, latente Feindseligkeit.“ S. 154

18. Persönlichkeitsstörungen (Persönlichkeits- und Belastungsstörungen F6)

„**Definition:** Störungen der Persönlichkeit insofern, als bestimmte Merkmale der Persönlichkeitsstruktur (bestimmte Persönlichkeitszüge) in besonderer Weise ausgeprägt, unflexibel und wenig angepaßt sind. **Beginn** in der Kindheit oder Jugend. [**Mögliche Folgen**] Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und/oder subjektive Beschwerden (Probleme der sozialen Anpassung).“ S. 157

18.1 Multikonditionale Entstehung (Ätiologie): aufgrund verschiedener Faktoren

18.1.1 genetische Faktoren

„sehr wahrscheinlich […] aber nicht allein verursachend; eher Vererbung bestimmender Persönlichkeitszüge.“ S.157

18.1.2 erworbene Hirnschäden

„an Entstehung von Persönlichkeitsstörungen mitbeteiligt (frühkindliches exogenes Psychosyyndrom)“ S.157

18.1.3 Entwicklungsbedingungen

„in Kindheit und späteren Lebensabschnitten [...], Reaktionen auf Umwelteinflüsse (z.B. schwere traumatisierende Ereignisse) und soziale Bedingungen für Entstehung von Persönlichkeitsstörungen mit maßgeblich (Fiedler 1994). Psychodynamische Faktoren inzwischen gut beschrieben (z.B. Kernberg 1988)“ S. 157

18.2 Diagnostik/Differentialdiagnostik

„Persönlichkeitsstörungen können zu 3 großen Krankheitsgruppen der Psychiatrie in Bezug gesetzt werden:“ S. 158

18.2.1 Neurosen

„enge Beziehung zwischen Persönlichkeitsstörungen und Neurosen (Charakterneurosen [..]); bei beiden keine Einzelsymptome, sondern charakteristische Erlebnis- und Verhaltensweisen.“ S. 158

18.2.2 Psychosen

„z.B. depressive Persönlichkeit, hyperthyme Persönlichkeit als mögliche Randformen bipolarer affektiver Psychosen.“ S. 158

18.2.3 hirnorganische Krankheiten

„Persönlichkeitsstörungen aufgrund meist perinatal erworbener Schäden (<<Pseudopsychopathie>>)“ S. 158

18.3 Diagnose für Persönlichkeitsstörungen

„möglichst nur in Verbindung mit weiteren diagnostischen Aussagen (z.B. Suizidversuch bei depressiv-hysterischer Persönlichkeitsstörung) und nur bei Patienten im Erwachsenenalter stellen !“ S. 158

18.4 Verlauf/Prognose

„Persönlichkeitsstörungen treten insbesondere in für die jeweilige Persönlichkeitsstörung charakteristischen, kritischen Lebenssituationen und Umweltgegebenheiten in Erscheinung. Mit fortscheitendem Alter oft Abschwächung der Merkmalakzentuierung.“ S. 158

18.5 Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60, F34)

18.5.1 Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)

„**Symptome:** Neigung, Erfahrungen und Erlebnisse als gegen die eigene Person gerichtet zu interpretieren (Erniedrigung, Bedrohung, Ausnutzung oder Benachteiligung). Neigung zu Mißtrauen und Argwohn, leichte Kränkbarkeit; unbelehrbar-rechthaberischer Kampf gegen das Unrecht bzw. für eine Idee/Vorstellung (Fanatiker).

Differentialdiagnose: paranoides Syndrom, sensitive und Borderline-Persönlichkeitsstörung, Querulantenwahn“ S. 159

18.5.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)

„**Symptome:** Kontakthemmung, extreme Distanz und emotionale Kühle, Mißtrauen und Ambivalenzen, Neigung zu Isolation und Vereinsamung

Differentialdiagnose: Schizophrenie, depressive Persönlichkeitsstörung, schizoide Charakterneurose“ S. 159

18.5.3 Dissoziale (soziopathische, antisoziale) Persönlichkeitsstörung (F60.2)

„**Symptome:** Neigung zu dissozialem Verhalten (Delinquenz, Rücksichtslosigkeit gegenüber sozialen Spielregeln/Normen, betonter Egoismus, Verwahrlosungstendenzen, fehlendes Schuldbewußtsein, Neigung andere zu beschuldigen). Die Störung macht sich vor allem im sozialen Kontext bemerkbar.

Differentialdiagnose: hirnorganisches Psychosyndrom, Süchte, emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ S. 159

18.5.4 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)

„**Symptome:** Tendenz, Impulse auszuagieren, wechselnde, launenhafte Stimmung. Wutausbrüche aus geringfügigen Anlässen können zu gewalttätigen und explosivem Verhalten führen, Ich-strukturelle Defizite
Zwei Unterformen können beschrieben werden:“ S. 159

18.5.4.1 emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus (F60.3):

“emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle stehen im Vordergrund. Häufig gewalttätiges/bedrohliches Verhalten. Häufig gewalttätiges/bedrohliches Verhalten, insbesondere bei der Kritik durch andere.“ S. 159

18.5.4.2 emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (F60.31):

„Vorkommen gehäuft bei jungen Frauen. Instabilität bezüglich Selbstbild, zwischenmenschlicher Beziehungen und Stimmung. Multiple Störung wie z.B. frei flottierende Angst, polymorph-perverse Sexualität, multiple Phobien, ausgeprägte Konversationssymptome, dissoziative Reaktionen, chronische Depersonalisationserleben, episodischer Verlust der Impulskontrolle, selbstschädigende Handlungen, Suchttendenz, Zwangssymptome, konfliktbezogene Denk- und Wahrnehmungsstörungen, pseudohalluzinatorische Erlebnisse, Depressivität, ohnmächtige Wut gegen sich selbst oder andere, kurzfristige psychotische Dekompensationen. **Differentialdiagnose:** Psychosen, affektive Störungen“ S. 160

18.5.4.3 Hysterische (histrionische) Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (F60.4):

„**Allgemeines:** Ich-zentrierte Persönlichkeit mit umgebungsabhängiger wechselnder Erscheinungsweise; hysterisch (hystera (griech.) = Uterus; in der Antike Theorie vom Umherschweifen des Uterus im Körper), zu histrionisch

(histrio (lat.) = Schauspieler), die Neubenennung dokumentiert die pejorative Belastung des Terminus hysterisch.“ S. 160

„**Symptome:** starkes Geltungsbedürfnis, Neigung zu Effekthascherei und demonstrativem, unechtem Verhalten. Starkes Kontaktbedürfnis bei gleichzeitig bestehender Kontaktunfähigkeit im Sinne von Liebes- und Bindungsunfähigkeit. Auch Neigung zu Simulation und Pseudologia phantastica (phantastisches Lügengebäude) **Differentialdiagnose:** hysterische Neurose, emotional instabile Persönlichkeitsstörung.“ S. 160

18.5.4.4 Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F60.5):

„**Symptome:** Pedanterie, Perfektionismus, Übergenauigkeit, Ordnungsliebe, charakterliche Rigidität, geringe Kompromißbereitschaft. Gelegentlich auch Zwangsimpulse, Kontrollzwänge. **Differentialdiagnose:** Zwangsneurose, evtl. auch Zwangssyndrom bei Schizophrenie“ S. 160

18.5.4.5 Sensitive (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung bzw. nach ICD 10:

Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6):

„**Symptome:** Mangel an Selbstvertrauen, Störung des Selbstwertgefühls, daraus resultierend leichte Kränkbarkeit und starke Selbstunsicherheit. Überempfindlichkeit gegenüber Ablehnung und Zurückweisung, daher Vermeidungstendenzen in Beziehungen zu Mitmenschen, übermäßiges Distanzverhalten. Ferner Aggressionshemmung, geringes Durchsetzungsvermögen und Neigung zu Affektstau. **Differentialdiagnose:** Borderline- und depressive Persönlichkeitsstörung“ S. 161

18.5.4.6 Asthenische (abhängige) Persönlichkeitsstörung (F60.7):

„**Symptome:** rasche Erschöpfbarkeit, leichte Ermüdbarkeit, diverse körperliche Mißempfindungen, Schwäche, Mangel an Spannkraft und Durchhaltevermögen. Neigung zu körperbezogenem Klagen, Schlafstörungen, Depressivität. **Differentialdiagnose:** depressive Neurosen, lavierte Depressionen.“ S. 161

18.5.4.7 Hyperthyme Persönlichkeitsstörung (F34.0 <<Zyklothymia>>):

„**Symptome:** fröhlich-heitere Grundstimmung, gesteigerte Aktivität, lebhaftes Temperament (<<Betriebsnudel>>; <<Stimmungskanone>>). Durch diese Grundstimmung und ständige Unruhe (oft begleitet von Distanzlosigkeit und



Geltungsdrang) Belastung für die Umgebung. **Differentialdiagnose:** Manie, maniforme Syndrome“ S. 161

18.5.4.8 Depressive Persönlichkeitsstörung (F34.1 <<Dysthymia>>):

„**Symptome:** pessimistisch-skeptische Lebenseinstellung, Gehemmtheit, gedrückte Stimmungslage, Kontaktstörungen. Symptomatik insgesamt ähnlich wie bei Charakterneurosen. **Differentialdiagnose:** depressive Neurosen, depressive Phase bei endogenen Depressionen“ S. 161

18.5.4.9 Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60.8)

„Persönlichkeitsstörungen, für die keine der spezifischen Kategorien (F60.6 bis F60.7) zutreffen.

Dazugehörige Begriffe: narzißstische Persönlichkeitsstörung, exentrische Persönlichkeitsstörung, haltlose Persönlichkeitsstörung, unreife Persönlichkeitsstörung, passiv-aggresive Persönlichkeitsstörung, neurotische Persönlichkeitsstörung.“ S. 162

18.5.4.10 Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (F60.9)

„Dazugehörige Begriffe: Charakterneurose, pathologische Persönlichkeit.“ S. 162

18.5.4.11 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)

„**Definition:** Veränderung der Persönlichkeit nach langanhaltenden extremen Belastungen (z.B. Folter, Gefangenschaft, Geiselhaft). Merkmale extremer Belastungen sind z.B. permanente Todesfurcht und tiefgreifende Entwürdigung der persönlichen Existenz. […] **Symptomatik:** Mißtrauische, feindselige Haltung gegenüber der Umgebung, sozialer Rückzug; Gefühle von Leere, Hoffnungslosigkeit und Bedrohung; aktuelle unbegründete Ängste; chronische Nervosität; Schlafstörungen; Entfremdungserlebnisse. Die Persönlichkeitsänderung muß über mindestens zwei Jahre bestehen. **Differentialdiagnose:** Posttraumatische Belastungsstörung“ S. 162

19. Psychosomatische Störungen

„Psychosomatische Störungen werden nicht regelhaft in der Psychiatrie, sondern stationär in Kliniken / Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie an Universitäten, Allgemeinkrankenhäusern und speziellen Fachkliniken, ambulant in erster Linie von Psychotherapeuten behandelt.“ S. 12

19.1 Eßstörungen (F50)

„Hauptformen. Anorexa nervosa und Bulimia nervosa (Bulimie)“ S. 166

19.1.1 Anorexa nervosa (F50.0)

„**Definition:** überwertige Idee, zu dick zu sein; Angst vor Gewichtzunahme; erheblicher Gewichtsverlust, herbeigeführt durch Reduktion der Nahrungszufuhr; Körpergewicht mindestens 15% unter dem für Körpergröße und Alter zu erwartenden Normalgewicht.“ S. 166

„**Vorkommen:** überwiegend bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen.“ S. 167

„**Diagnose und Symtomatik:** klinische Merkmale sind leicht erkennbar: […] ritualisierte Nahrungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, selbstinduziertes Abführen, Weglassen von Mahlzeiten, Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika, Körperschemastörung (Fehleinschätzung der eigenen gesunden Körpergrenzen), häufig Hyperaktivität (hohes Leistungsideal/Sport), Kontaktstörungen (Isolierung), geringer Leidensdruck.“ S. 167

„**Differentialdiagnose:** somatische Ursachen eines Gewichtsverlustes bei jungen Patienten (z.B. chronisch konsumierende Erkrankungen, Hirntumoren, Darmerkrankungen ect.)“ S. 167

„**Psychodynamische Faktoren:** Störung der psychosexuellen Entwicklung, häufig Retardierung; ambivalente Einstellung zum eigenen Körper; Ablehnung der eigenen Geschlechterrolle, auch Ablehnung von Sexualität; häufig gestörte Beziehung zu den primären Bezugspersonen (Mutter, Vater); evtl. auch Reaktion auf Eßgewohnheiten innerhalb der Familie und Einstellungen/Verhaltensweisen gegenüber Nahrungsaufnahme im Umfeld.“ S. 167

19.2 Eßsattaken bei anderen psychischen Störungen (F50.4)

„Emotional besonders belastende Ereignisse (z.B. Verluste, Unfälle, Operationen) können von einem <<reaktiven Übergewicht>> gefolgt sein. Übergewicht kann auch in Verbindung mit einer langen dauernden Behandlung mit Neuroleptika und anderen Psychopharmaka auftreten.“ S. 169

19.3 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen (F50.0)

„Wiederholtes Erbrechen kann Ausdruck folgender Störungen sein: hysterische (dissoaziative) Störungen, hypochondrische Störungen, Erbrechen in der Schwangerschaft bei emotionalen Konflikten. Diese Formen können als <<psychogenes>> Erbrechen gekennzeichnet werden.“ S. 169

19.4 Nicht-organische Schlafstörungen (F51)

„Schlafstörungen bei denen emotionale Ursachen einen primären Faktor darstellen. Schlafstörung kann Symptom einer anderen psychischen oder auch körperlichen Erkrankung sein.“ S. 169

19.4.1 Nicht-organische Insomnie (F51.0)

„Schlafstörung mit einer ungenügenden Dauer oder Qualität des Schlafes, die über einen beträchtlichen Zeitraum bestehen bleibt. Häufig geklagte Symptome: Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, morgendliches Früherwachen. Entwicklung einer Insomnie häufig in Zeitlichem Zusammenhang mit gravierenden Belastungen im aktuellen Leben des Betroffenen. Störung tritt gehäuft auf bei Frauen, älteren Menschen, psychisch gestörten und sozioökonomisch benachteiligten Personen. Störung führt häufig zur Angst vor Schlaflosigkeit und einer ständigen Beschäftigung mit deren Konsequenzen (Circulus votiosus).

Subjektive Konsequenzen dieser Schlafstörung können sein: Ängstlichkeit, Anspannung, Depressivität, Müdigkeit, Erschöpfbarkeit, Konzentrationsmangel; Gefahr der Bekämpfung mit Alkohol und/oder Medikamenten. **Differentialdiagnostisch:** ist zu bedenken, daß Insomnie ein häufiges Symptom anderer psychischer Störungen ist (z.B. affektiver, neurotischer, organischer, schizophrener Störungen ect.). Die Diagnose <<nichorganische Insomnie>> sollte nur gestellt werden, wenn die Klagen über Schlafdauer und –qualität die einzige Symptomatik des Patienten darstellen. Die

zugrundeliegenden möglichen emotionalen Konflikte sind zu explorieren.“ S. 170

19.4.2 Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (F51.1)

„Mangel an Synchronizität zwischen dem individuellen Schlaf-Wach-Rhythmus und dem erwünschten Schlaf-Wach-Rhythmus der Umgebung. Folge: Klagen über Schlaflosigkeit und Hypersomnie. Störung kann psychogenen oder auch möglicherweise organischen Ursprungs sein. Eine meist vorübergehende Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus kann sich ergeben aus [z.B.] Schichtwechselarbeit und als Folge von Reisen über Zeitzonen hinweg. Folge dieser Störung für die betroffene Person: Schlaflosigkeit während der Hauptschlafperiode und Hypersomnie während der Wachperiode.“ S. 170

„Die Diagnose <<nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus>> sollte nur verwendet werden, wenn keine psychiatrische oder körperliche Ursache der Störung gefunden wird.“ S. 170

19.4.3 Schlafwandeln (Somnambulismus) (F51.3)

„Zustand veränderter Bewußtseinslage, in dem Phänomene von Schlaf und Wachsein kombiniert sind. Patient verläßt meist im ersten Nachtdrittel während des Schlafwandelns das Bett, geht mit starrem Gesichtsausdruck umher, zeigt eine niedrige Schwelle des Bewußtseins, der Reaktivität und motorisierter Fähigkeiten; nur schwer ansprechbar. Verletzungsgefährdung [gegeben]. Nach dem Erwachen besteht meist keine Erinnerung an das Schlafwandeln mehr. Die Störung tritt gehäuft in der Kindheit auf und kann mit einer organischen (z.B. infektiös-fiebrigen) Erkrankung zusammenfallen. **Differentialdiagnostisch:** Abgrenzung von psychomotorischen epileptischen Anfällen; ferner dissoziative Störung.“ S. 171

19.4.4 Pavor nocturnus (F51.4)

„Nächtliche Episoden äußerster Furcht und Panik mit heftigem Schreien, Bewegungen und starker autonomer Erregung. Die betroffene Person setzt sich oder steht mit einem Panikschrei meist während des ersten Drittels des Nachtschlafes auf. Nach dem Erwachen meist Amnesie für die Episode.“ S. 171

„Differentialdiagnostisch ist der Pavor nocturnus von Alpträumen und epileptischen Anfällen zu differenzieren.“ S. 171



19.4.5 Alpträume (Angstträume) (F51.5)

„Traumerleben – meist in der zweiten Nachthälfte – voller Angst und Furcht mit sehr detaillierter Erinnerung an en Trauminhalt. Sehr lebhaftes Traumerleben. Trauminhalte: Bedrohung von Leben, Sicherheit und Selbstgefühl. Tendenz zur Wiederholung derselben oder ähnlicher Alptraumthemen.

In der Kindheit könnten Alpträume zu einer spezifischen Phase der emotionalen Entwicklung gehören. Bei Erwachsenensind häufig Persönlichkeitsstörungen, aber auch gravierende längeranhaltende Belastungen Hintergrund des Auftretens.“ S. 171

„Differentialdiagnose: Von den nichtorganischen Schlafstörungen sind die organischen abzutrennen.“ S. 172

19.5 Somatisierungsstörungen (F45.0)

„Störung, bei der multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome charakteristisch sind; die Symptome bestehen meist bereits seit einigen Jahren. Häufig haben die entsprechenden Patienten eine Patientenkarriere hinter sich (viele negative Untersuchungen, evtl. auch ergebnislose Operationen). Symptome können auf ein Körperteil oder das gesamte Körpersystem bezogen sein. Häufige Klagen beziehen sich auf Magen und Darm (z.B. Schmerzen, Aufstoßen, Erbrechen, Übelkeit) und auf die Haut (z.B. Jucken, Brennen, Taubheitsgefühle). Ferner auch sexuelle und menstruelle Störungen.

Psychisch können Ängste und Depressionen mit der Somatisierungsstörung verbunden sein und bedürfen dann einer spezifischen Behandlung. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter, ist häufiger bei Frauen als bei Männern.

Verlauf: chronisch flukturierend, verbunden mit längerdauernder Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens. Mißbrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten findet sich häufig, nicht selten iatrogen gefördert. Synonyma: funktionelles Syndrom.

Differentialdiagnostisch ist an diverse körperliche Störungen zu denken; ferner auch an die hypochondrische Störung.“ S. 172

19.6 Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

„Die Schilderung der Symptome durch den Patienten geschieht so, als beruhten diese auf der körperlichen Erkrankung des Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird […], ohne daß eine körperliche Erkrankung nachweisbar wäre. Sowohl vegetative Symptome z.B. Herzklopfen, Schwitzen, Zittern wie wechselnde subjektive Beschwerden z.B. Druck, Brennen, flüchtige Schmerzen. Klinische Bezeichnungen für diesen Symptomenkomplex können z.B. sein: Herzneurose, psychogene Hyperventilation, Magenneurose etc. Psychische Belastungsfaktoren oder gegenwärtige Lebensprobleme finden sich bei Patienten mit dieser Störung häufig.“ S. 173

19.7 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Anhaltender schwerer Schmerz in einem Körperteil (z.B. Kopf oder Rücken), der pathophysiologisch nicht vollständig zu erklären ist; Verbindung zu emotionalen Konflikten oder zu Belastungen; Dauer mindestens 6 Monate.“ S. 173

20 Sexualstörungen

„ […] sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der Geschlechtsrolle sowie sexuelle Abweichungen.“ S. 175

20.1 Sexuelle Funktionsstörungen (F52) S. 175

20.2 Störungen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität S. 178

21 Störungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

„Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen haben in der Regel viele Ursachen. Diese Erkenntnis führt zu einem mehrdimensionalen Vorgehen in der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation und damit zur Arbeit in einem multiprofessionellen Team. […] Die Diagnostik berücksichtigt die vielen verschiedenen Ursachen eines Störungsbildes. (siehe <<sechs Eindordnungen / Achsen nach ICD-10>>)“ S. 185

1. psychiatrische Diagnose
2. Beschreibung der Entwicklungsstörung
3. Intelligenzniveau
4. Körperlich-neurologische Symptomatik
5. Erfassung: aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
6. Beurteilung: psychosoziale Anpassung

vgl. S. 185

21.1 Störungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

21.1.1 Intelligenzminderung (Oligophrenie)

21.1.2 Organisch bedingte psychische Störungen

21.1.3 Störungen der Motorik und Psychosomatik

21.1.4 Störungen des Sprechens und der Sprache

21.1.4.1 Teilleistungsschwächen

21.1.4.2 Störungen im Zusammenhang mit der Schule

21.1.4.3 Psychosen im Kindes- und Jugendalter

21.1.4 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

21.1.5 Psychogene Störungen im Kindes- und Jugendalter

21.1.6 Emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter

21.1.7 Störungen des Sozialverhaltens vgl. S. 187 f.

21.1.1 Intelligenzminderung (Oligophrenie) (F7)

„Unterdurchschnittliche Intelligenz […] mit der Folge von Beeinträchtigungen des adaptiven Verhaltens; geistige Behinderung. […] Je nach Schweregrad [der Intelligenzminderung] verbunden [mit] […] Anpassungsstörungen bis zu schwersten, pflegebedürftigen Zuständen.“ S. 187

(siehe dazu auch Tabelle 14.1. ICD-10-Klassifikation der Intelligenzminderung, S. 188)

21.2 Organisch bedingte psychische Störungen (F78)

21.2.1 Organisches Psychosyndrom nach frühkindlicher Hirnschädigung (frühkindlich exogenes Psychosyndrom)

„Symptome:

27. Schwere Schädigungen: neurologische Symptome (Spastik), epileptische Anfälle, schwere Intelligenzminderung

28. Mittelgradige Schädigungen: leichte motorische Behinderung, Intelligenzminderung und Verhaltensabweichungen

29. Leichtgradige Schädigungen: nur diskrete neurologische Symptome und leichte psychopathologische Auffälligkeiten: Hyperaktivität, psychomotorische Unruhe, Ablenkbarkeit, Teilleistungsschwächen" S. 191

21.3 Störung der Motorik und Psychomotorik (F 82)

21.3.1 Hirntopisch bestimmte Störungen

21.3.2 Universelle Störungen der Psychomotorik

21.3.3 Hyperkinetisches Syndrom

21.3.4 Umschriebene Störung der Psychomotorik (zur Chronifizierung neigend) vgl. S. 192, 193

21.4 Störung des Sprechens und der Sprache (F 80)

21.4.1 Sprechstörungen

21.4.1.1 Stottern (Stammeln; Balbuties – balbutio lat. Stottern)

21.4.1.2 Poltern (Tachyphemie)

21.4.1.3 Dysarthie

21.4.1.4 Mutismus vgl. S. 193, 194

21.4.2 Sprachentwicklungsstörungen

21.4.2.1 Formen der Sprachentwicklungstörungen

21.4.2.1.1 Dysalie (Stammeln)

21.4.2.1.2 Dysgrammatismus, Agramattismus

21.4.2.1.3 Hörstummheit (Audimutitas) vgl. S. 194, 195

21.4.3 Sprachabbau- und Sprachverlustsyndrom

21.4.4 Wahrnehmungsstörungen

21.4.5 Störungen der visumotorischen Koordination

21.4.7 Legasthenie (F81.0)

21.4.7 Rechenschwäche (Dyskalkulie) (F81.2) vgl. S. 195, 196

21.5 Sonstige Störungen im Zusammenhang mit der Schule

21.5.1 Lern- und Leistungsstörungen

21.5.2 Schulphobie

21.5.3 Schulangst

21.5.4 Schuleschwänzen vgl. S. 197

21.6 Psychosen im Kindes- und Jugendalter

21.6.1 Exogene Psychosen (F 06)

21.6.2 Schizophrenie (F 20)

21.6.3 Affektive Störungen (F 3)

21.6.4 Borderline-Syndrom / Grenzpsychose (F 60.31) vgl. S. 198, 199, 200

(Überprüfen ob diese Krankheitsbilder im Skript bereits aufgeführt sind)

21.7 Tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84)

21.7.1 Frühkindlicher Autismus nach Kanner (F84.0)

21.7.2 Autistische Psychopathie nach Asperger (F84.5)

21.7.3 Rett-Syndrom (F84.2)

21.7.4 Designifikante Störung des Kindesalters (Dementia ifantilis, Heller-Syndrom) (F84.3) Vgl. S. 200, 201, 202

21.8 Psychogene Störungen im Kindes- und Jugendalter

„Psychogene Störungen zeigen auch im Kindesalter ein weites Spektrum von Symptomen, beispielsweise Bettnässen, Schlafstörungen, Ambivalenz zwischen Angst und Kontaktsuche. Immer ist das häusliche oder das Heimmilieu genau zu betrachten.“ S. 202

21.8.1 Anaklitische Depression

„ […] für die frühkindliche Entwicklung ist das Erleben einer konstanten Beziehung zur Mutter oder Pflegeperson entscheidend.“ S. 202

„**Symptome:** in den ersten Monaten Schreien und Protest, später Kontaktverweigerung. Schlafstörungen, Infektanfälligkeit, starrer Gesichtsausdruck, Lethargie“ S. 203

21.8.2 Sonstige Symptome im Kleinkindalter

21.8.2.1 Enuresis (F98.0) Einnässen

21.8.2.2 Enkopresis (F98.1) Einkoten

21.8.2.3 Chronische Obstipation

21.8.2.4 Autoerotische Betätigung

21.8.2.5 Nägelkauen, Daumenlutschen, Trichotillomanie (Haareausreißen), Stottern, Affektkrämpfe

21.8.2.6 Pica (F98.3)

21.8.2.7 Schlafwandeln (Somnabulismus) Vgl. 203, 204

21.8.3 Emotionale Störungen im Kindes und Jugendalter (F93)

21.8.3.1 Depressive Verstimmungen

21.8.3.2 Angststörungen und Phobien

21.8.3.3 Zwangsstörungen

21.8.3.4 Hysterie, dissoziative Störungen

21.8.3.5 Psychoreaktive Störungen

21.8.3.6 Pubertäts- und Reifungskrisen in der Adoleszenz Vgl. S. 205, S. 206

21.8.4 Störungen des Sozialverhaltens (F91)

21.8.4.1 Dissozialität --> gestörte Gemeinschaftsfähigkeit

21.8.4.2 Verwahrlosung --> sozialwidriges Verhalten

21.8.4.2.1 Verwahrlosungssymptom 1 Instabilitätssyndrom (Depressivität, Ausweichen ect.)

21.8.4.2.2 Verwahrlosungssymptom 2 Asozialitätssyndrom (Schule schwänzen, Bummeln, Alkohol)



21.8.4.2.2 Verwahrlosungssymptom 3 Kriminalitätssyndrom (eindeutige Aggression gegen Personen und Sachen, u.U. Deliquenz vor dem 14. Lebensjahr)

21.8.4.3 Deliquenz --> kindliche Delikte bei denen gegen bestehende Gesetze und Vorschriften verstoßen wird Vgl.S.207

„Symptome: destruktives Verhalten, Aggresion, Wutausbrüche, Schule schwänzen, Diebstahl, Lügen, Erziehungsprobleme, Beziehungsabbrüche, Alkohol und Drogenmißbrauch und –abhängigkeit (Schnüffelsucht, Spielsucht); Zusammenhang mit hyperkinetischem Syndrom.“ S. 207

22 Therapie

Versorgung

Prävention

22.1 Somatische Behandlung

22.1.1 Psychopharmaka

22.1.1.1 Neuroleptika

22.1.2 Antidepressiva (Tymoleptika)

22.1.2.1 Trizyklische (und tetrazklische) Antidepressiva

22.1.2.2 Serotoninwiederaufnahmehemmer

22.1.2.3 Monoaminooxidasehemmer (MAO-Hemmer)

22.1.2.4 Pflanzliche Antidepressiva

22.1.3 Lithiumsalze, Carbammazepin und Valproinsäure/Valporat

22.1.4 Tranquilizer

22.1.4 Tranquilizer

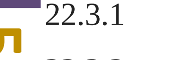
22.1.5 Hypnotika

22.1.6 Psychostimulanzien

22.1.7 Psychotomimetika (Phantastika, Psychodysleptika) S. 215 bis 232

22.2 Elektrokrampftherapie (EKT)

22.3 Sonstige Methoden



22.3.1 Insulinbehandlung

22.3.2 Wachtherapie (Schlafentzug)

22.3.3 Psychochirurgie S. 233 bis 234

23 Psychotherapie

„eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten […] zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit pychologischen Mitteln (durch Kommunikation, vorwiegend verbar auch averbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens.“ S. 235

„So gesehen ist unter Psychotherapie zunächst einmal eine spezifische Haltung des Arztes gegenüber all seinen Patienten zu verstehen.“ S. 235

23.1 Psychotherapeutische Grundhaltung

„einem wertfreien Akzeptieren des Patienten, dem Bemühen um Einführung (Empathie), einem indirekten Beratungsstil und der Echtheit dieser Gesamthaltung (Kongruenz).“ S. 235

23.2 Psychotherapeutische Einstellung / psychotherapeutisches Basisverhalten des Arztes

„Zuhören können, Offenheit für psychosoziale Belange des Patienten, Bemühen um Einfühlung und Verstehen, Mittragen und Stützen des Patienten in allen Bereichen des Erlebens und Verarbeitens von Problemen/Krankheiten.“ S. 235

23.3 Diagnostik

23.3.1 Das ärztliche Gespräch

„dient als Instrument zur ersten, orientierenden Erfassung psychosozialer Störungen:

30. Der Arzt muß damit rechnen, dass Patienten auch psychische oder soziale Störungen zunächst in der Form organisch anmutender Symptome

<<anbieten>> (z.B. Schlaflosigkeit, diverse vegetative Beschwerden, unspezifische Schmerzsyndrome u.a.m.)

31. Das Krankheitsgebot des Patienten muß gehört werden; es darf nicht auf eine ausschließlich organdiagnostische Sichtweise reduziert werden. Das ärztliche Gespräch ist behutsam-explorativ
32. Der Arzt muß neben anfänglicher somatischer Abklärung [auch] Lebensstil und Lebensqualität des Patienten eruieren. Dazu gehört vorrangig die Analyse der wichtigsten persönlichen Beziehungen des Patienten, um eventuelle Störungsquellen zu erkennen. Von vorschnellen Interpretationen/Deutungen ist Abstand zu nehmen. […] Lebensunzufriedenheit ist eine häufige Quelle für psychosoziale Gestörtheit.“ S. 236

23.3.2 Spezielle Gesprächstechniken (Erstinterview, tiefenpsychologische Anamneseerhebung)

„Mit speziellen Interviewtechniken kann versucht werden, einen Zusammenhang zwischen der Symptomatik/Störung des Patienten und Details seiner Biographie herzustellen, d.h. seine Störung auf dem Hintergrund seiner bisherigen Entwicklung sichtbar und zumindest ansatzweise auch verstehbar werden zu lassen.“ S. 237

„Dazu ist es notwendig, bestimmte Punkte zu berücksichtigen:

33. Die Beobachtung des szenischen Arrangements […]

- ➔ wie <<inszeniert>> der Patient das Gespräch
- ➔ wie erlebt er sein therapeutisches Gegenüber
- ➔ Welche Ängste/Erwartungen überträgt er auf den Arzt
- ➔ Welche Themen spricht er an, was verschweigt er
- ➔ Wie stellen sich Aktivität/Passivität zwischen den Gesprächspartnern her

34. Gezielte Exploration der bisherigen Entwicklung […] unter besonderer Berücksichtigung von:
    - ➔ Lebensbedingungen der frühen Kindheit
    - ➔ Subjektivem Erleben der wichtigsten prägenden Beziehungspersonen
    - ➔ Frühkindlichen und späteren Traumatisierungen (z.B. Verluste, Scheidung der Eltern, Gewalterleben inklusive körperlichem und sexuellem Mißbrauch)
    - ➔ Frühkindlichen und kindlichen Symtommanifestationen (z.B. Enuresis, Ängste und Phobien, Verhaltensstörungen)
35. Versuch einer abschließenden gemeinsamen Überlegung mit dem Patienten, wie Symptomatik und frühere Einflüsse zusammenhängen könnten […]
36. Am Ende der Anamnese/des Interviews, das sich über mehrere Stunden den erstrecken und an verschiedenen Tagen durchgeführt werden kann.“ S. 237

23.4 Grundlagen

23.4.1 Psychodynamische Therapien

„[…] besteht in der Regel in einem mittel- bis langfristigen Verfahren, bei dem bestimmte Grundprozesse initiiert werden und in Gang kommen: Der Dialog zwischen Therapeut und Patient soll die Darstellung unbewußter Vorgänge und deren komplexer Verarbeitungsmodi fördern. […] Dieser Prozeß wird überwiegend durch verbale Interpretationen und Deutungen des vorgebrachten Materials bewirkt. Verschiedene Widerstände und Abwehrmechanismen können den Prozeß der Veränderung/Heilung behindern. Dieses hat verschiedene Ursachen: Die Selbsterkenntnis des Patienten, d.h. die Erkenntnis seines eigenen Anteils an der Aufrechterhaltung seiner Störung, kann schmerzhaft, verunsichernd und kränkend sein und wird deshalb immer wieder behindert. Ferner können im therapeutischen Prozeß zunächst erwünschte <<Übertragungen>> früherer (meist familiärer) Gefühlskonstellationen dann hinderlich sein, wenn der Patient lange an ihnen festhält. Zudem kann die Aufdeckung des inneren Dramas des Patienten zu unbewußten Solidaritätskonflikten mitfrüheren wichtigen Bezugspersonen des Patienten



führen (<<unsichtbare Bindungen>>) und ihn an einer Lösung seiner neurotischen Fixierungen hindern.“ S. 238

23.4.2 Verhaltenstherapien

„Die Verfahren, die Ihnen zugeordnet sind, leiten sich aus der experimentellen Lernpsychologie her. Ihnen gemeinsam ist eine naturwissenschaftlich-behavioristische Orientierung mit dem Ziel, erwünschte Verhaltensweisen aufzubauen und unerwünschte Verhaltensweisen zu eliminieren. Somit liefern die Lerntheorien das Grundgerüst, auf dessen Prinzipien die Verhaltenstherapie aufbaut. Die Krankheitskonzepte innerhalb der klinischen Psychiatrie, aber auch innerhalb der Tiefenpsychologie, werden von manchen Verhaltenstherapeuten abgelehnt, da sie das zu ändernde Verhalten als das Problem des Patienten ansehen. […] Andere Therapieformen haben sich teilweise um diese beiden Grundformen entwickelt und sie modifiziert oder folgen anderen Prinzipien.“ S. 239

23.4.3 Darstellung einzelner Psychotherapieverfahren

23.4.3.1 Verbale und handlungsbezogene Therapieverfahren

23.4.3.1.1 **Psychoanalyse** „[…] In ambulanten Settings geeignet für Patienten mit gravierenden Lebensproblemen und lang anhaltenden, die Persönlichkeit umfassend betreffenden Störungen bei Vorliegen folgender Voraussetzungen auf Seiten des Patienten:

-> relative Ich-Stäbilität, Koheränz

-> Fähigkeit zu Reflexion, Introspektion

-> Bereitschaft, einen emotional intensiven Therapieprozeß über lange Zeit durchzuhalten“ S. 239, 240

23.4.3.1.2 **tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapien** und deren Modifikationen

Mittel- bis längerfristige Therapien; Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber. Theoretischer Hintergrund: Psychoanalyse und andere tiefenpsychologische Schulen.
Arbeit einmal an frühen Störungsanteilen, dann aber vor allem auch an Problemen im aktuellen Leben des Patienten (z.B. Beziehungsproblemen), seinem Selbstkonzept und dessen Störungen, aber auch Arbeit an der Übertragung und an vorherrschenden Abwehrmechanismen. Setting-Möglichkeiten: Anwendung dieses Verfahrens in der Einzelpsychotherapie, in der Paartherapie und in der Gruppenpsychotherapie“ S. 241

23.4.3.1.3 **Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP; Katathymes Bilderleben)**
„Verfahren, das mit Tagtraumatechniken arbeitet. Im induziertem Tagtraum (<<Bildern>> mit bestimmten Standardmotiven) finden sich bei optischen Projektionen, die unbewußte, vorbewußte und bewußte Zustände bildhaft-symbolisch darstellen. Im Anschluß an die Phase der Imagination findet eine tiefenpsychologische Nachbearbeitung statt. Das Verfahren eignet sich bei allen Formen von Neurosen, insbesondere auch bei Patienten mit rigider Abwehr, die mit den eher verbal-intro-spektiven Methoden der Tiefenpsychologie nur schwer zu erreichen sind.“ S. 241

23.4.3.1.4 **Kurzpsychotherapien:** „Kurzzeit-Psychotherapie von wenigen bis ca. 25 Stunden. Beschränkung bei der Arbeit auf einen für den Patienten besonders relevanten Hauptkonflikt (Fokus). Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber. Übertragungsaspekte werden wahrgenommen, aber nicht in dem Umfang angesprochen und bearbeitet wie in den längerfristigen Therapien. Indiziert als Verfahren vor allem für Patienten nach Abklingen akuter Krisen oder für Patienten mit umschriebenen aktuellen Konflikten, die eine relativ rasche psychotherapeutische



Hilfe benötigen. Gut geeignet auch für Patienten, die längere Therapien ablehnen oder die Vorrausetzungen dafür nicht haben.“ S. 241

23.4.3.1.5 **Notfall-Psychotherapien:** „Kurzpsychotherapie in besonderen Dringlichkeits- und Krisensituationen. Dauer: 1 bis 6 Sitzungen. Indiziert z.B. in akuten Krisen, nach Suizidversuchen, nach Gewalttaten (z.B. Vergewaltigung), als erste Hilfe bei Katastrophen. Einstellung des Therapeuten ausschließlich auf das momentane krisenhafte Erleben des Patienten. Hilfe beim Ausdruck und der Verbalisierung aktueller Emotionen. Danach Strategien zur Distanzierung und Neuorientierung. Kombination mit Psychopharmaka (z.B. sedierende) sinnvoll und hilfreich.“ S. 242

23.4.3.1.6 **Gesprächspsychotherapie [klientenzentrierte Psychotherapie]:** „[…] wurde im Rahme eines Therapiekonzeptes entwickelt, das auf den amerikanischen Psychologen Carl S. Rogers zurückgeht. Das Verfahren wurde in Deutschland von R. Tausch bekannt gemacht und in der Folge hier auch konzeptionell weiterentwickelt. Im Unterschied zur Psychoanalyse basiert das klientenzentrierte Therapiekonzept auf einer Selbsttheorie, und der Therapeut fokussiert nicht die Übertragung, sondern einen Aspekt der Gegenübertragung, die unbedingte Wertschätzung. Der therapeutisch wirksame Prozeß wird ermöglicht durch eine bestimmte Patient-Therapeut-Beziehung. Der Beitrag des Therapeuten zu dieser Beziehung ist dadurch gekennzeichnet, daß er auf Grundlage eigener Kongurenz (d.h. er könnte sich seines gesamten eigenen momentanen Erlebens im therapeutischen Kontakt und dessen, was es für Ihn bedeutet, bewußt werden) den Patienten emphatisch versteht (Empathie) und zugleich fühlen kann, daß er diesen in seinem gesamten momentanen Erleben ohne

Bedingungen wertschätzt (unbedingte Wertschätzung). Wenn der Patient dieses Beziehungsangebot annehmen kann, gewinnt er zunehmend Zugang auch zu seinem bisher nicht bewußten Erleben und dem, was er für Ihn bedeutet (Selbstempathie), kann sich zunehmend mehr als eine Person von Wert achten (Selbst-Wertschätzung), und sein Selbstbild stimmt zunehmend mehr mit seinen Erfahrungen überein (Abnahme von Inkongurenz durch Selbstkonzeptveränderung).“ S. 242

23.4.3.1.7 **Verhaltenstherapien:** „sind Psychotherapien, die vor allem die Erkenntnisse aus der allgemeinen, der experimentellen und der Sozialpsychologie unter Berücksichtigung relevanter Nachbarsdisziplinen wie z.B. Neurophysiologie und Neuroendokrinologie zur Anwendung bringen und die in diesen wissenschaftlichen Bereichen entwickelten Theorien zur Begründung einer psychischen Störung und deren Behandlung heranziehen. Theoretische Grundlagen stellen besonders die verschiedenen Lerntheorien (operantes (instrumentelles) Konditionieren nach Skinner; klassische Konditionierung nach Pawlow) dar.“ S. 243

„Die Entwicklung und Ausdifferenzierung von Verhalten ist ohne lernen nicht denkbar. Dementsprechend können Veränderungen der Verhaltensweisen von Menschen als Lernprozeß dargestellt und verstanden werden.“ S. 243

Hinter dem Begriff <<Verhaltenstherapien>> verbergen sich eine Reihe teils sehr unterschiedlicher Behandlungstechniken, von denen die wichtigsten dargestellt werden.“ S. 243

23.4.3.1.7.1 **Systematische Desensibilisierung**

„Sukzessive Konfrontation des Patienten mit angstauslösenden Situationen, zunächst in der Vorstellung (in sensu), dann auch in der Realität (in vivo). Therapievorbereitend erlernt der Patient ein Entspannungsverfahren (z.B. progressive Relaxation nach Jacobson). Im entspannten Zustand wird auftretende Angst <<reziprok gehemmt>> (reziproke Hemmung, Gegenkonditionierung)“ S. 243

23.4.3.1.7.2 **Angstbewältigungstraining**

„Der Patient lernt, aufkommende Angst durch Entspannung zu kontrollieren und zu reduzieren. Der Patient lernt hierbei, Anzeichen zunehmender Spannung und Erregung zu registrieren und frühzeitig durch Entspannung zu bewältigen.“ S. 244

23.4.3.1.7.3 **Exposition und Reizkonfrontation [graduiertes Expositionsmanagment]**

„therapeutische Verfahren […], bei denen Patienten mit verschiedenen Angststörungen den aversiven Reizen, der gefürchteten Situation bzw. der gefürchteten Situation bzw. den gefürchteten Objekten direkt ausgesetzt werden. So konfrontiert man Zwangskranke nach Verhaltensanalyse und Hierarchisierung der Zwangsauslösenden Situationen mit Reizen: graduiertes Expositionsmanagment (Habituation)“ S. 244

„**Reizkonfrontation / Reizüberflutung (<<Flooding>>)** „wird ein Verfahren genannt, in dem der Patient so lange in der Angstsituation verbleiben muß, bis die Angst abnimmt. Dadurch kann die Erfahrung möglich werden, daß die angstauslösenden Situationen erträglich sind. Flucht- und Vermeidungsverhalten sind dabei grundsätzlich nicht zugelassen.“ S. 244



23.4.3.1.7.4 **Operante Methoden**

„Methoden, die zur Ausformung von Verhalten, zur Stärkung und zur Aufrechterhaltung (Stabilisierung) von Verhalten beitragen sollen (z.B. <<positive Verstärkung>> als Mittel zur Auftrittshäufigkeit erwünschten Verhaltens). Aber auch Techniken zum Abbau störender Verhaltensweisen (<<Bestrafung>>; <<Löschung>>)“ S. 244

23.4.3.1.7.5 **Aversionstherapie**

„Bildung bedingter Reflexe durch negative Verstärkung (Strafreize, z.B. elektrische Schläge, Brechmmittel) Bei der Behandlung von sexuellen Deviationen oder Alkoholismus (eher obsolet!)“ S. 244

23.4.3.1.7.6 **Modellernen**

„Durch lernen am Verhalten einer Person oder eines Symbols (Modell) sollen neue Fertigkeiten erworben werden. Indiziert als Methode vor allem dann, wenn Patienten neue Fertigkeiten erwerben sollen, sie aber nicht in der Lage sind, diese allein aufgrund von Instruktionen zu lernen.“ S. 244

23.4.3.1.7.7 **Selbstsicherheitstraining / Rollenspiele**

„Begriff für ein komplexes verhaltenstherapeutisches Vorgehen zum Abbau sozialer Ängste und zur Förderung sozialer Fertigkeiten und positiver Selbstwahrnehmung. Rollenspiele und Verhaltensübungen stellen die wesentlichsten therapeutischen Methoden dabei dar.“ S. 244

23.4.3.1.7.8 **Problemlösetraining**

„Strategien zur Erarbeitung von Problemlösungswegen in problematischen Situationen: Zunächst Problemformulierung, dann Erarbeitung von Alternativen und schließlich Auswahl der Alternative mit dem günstigsten Ergebnis. Besonders geeignet für

Patienten, die Schwierigkeiten haben, in problematischen Situationen angemessen zu reagieren bzw. die zu unüberlegten und impulsiven Reaktionen neigen." S. 244

23.4.3.1.7.9 **Selbstkontrolle**

„Bezeichnung für das Erlernen wirksamer Methoden zur Selbststeuerung, auch Selbststeuerung, auch Selbstmanagementtherapie genannt. Mittels verschiedener Methoden (z.B. Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung, Verhaltensverträge) soll der Patient in die Lage versetzt werden, aktuelle und zukünftige Probleme selbstgesteuert zu analysieren, zu beeinflussen und dauerhaft zu verändern." S. 245

23.4.3.1.8 **Kognitive Therapien**

„Methoden zum Abbau von krankmachenden Denkprozessen, Vorstellungen, Erwartungen. Durch Veränderungen von Denkmustern kommt es zu Änderungen von Verhalten. Kognitive Therapiekonzepte wurden z.B. zur Behandlung von Depressionen und Panikstörungen entwickelt. Das kognitive Vorgehen in der Depressionstherapie zielt auf die depressiv-negativen Vorstellungen und Erlebnisweisen ab (kognitive Triade der Depression nach Beck: negative Selbsteinschätzung, subjektive Überforderung durch die Umwelt, negative Zukunftsvorstellungen). Bei Panikstörungen (Angstanfällen) wird ein Erklärungsmodell für den Teufelskreis der Angst erarbeitet, aus dem dann die weiteren Behandlungsschritte abgeleitet werden." S. 245

23.4.3.2 Verbale und handlungsbezogene Therapieverfahren // Entspannungsverfahren

23.4.3.2.1 Autogenes Training

„Verfahren nach Johannes Heinrich Schultz (1884 – 1970) zur konzentrativen (Selbst-)Entspannung. Besteht aus Übungen, zunächst unter Anleitung eines mit dem Verfahren vertrauten



Therapeuten, später nach Erlernen gut vom Patienten selbst zu üben. Die körpergerichteten Übungen umfassen:

- Übungen zu Ruhe und Schwere
- Übungen zum Erleben von Wärme
- Übungen zur Regulation bestimmter Organe (Herz) bzw. vegetativer Funktionen (Atmung)

Effekte: Entspannung, Beruhigung, Selbstkontrolle, Schmerzbekämpfung, Verbesserung des Körpergefühls. Indiziert besonders bei Patienten mit psychovegetativen Irritationen, Erschöpfungszuständen, Angst- und Unruhezuständen, Schlafstörungen.“ S. 245

23.4.3.2.2 Progressive Muskelentspannung

„Verfahren von E. Jacobson: Selbstentspannungstechnik auf der Grundlage einer psychophysiologischen Muskelarbeit. Praktische Übungen mit Entspannung der Gliedmaßen in ihren Einzelnen muskulären Anteilen und größerer Muskelgruppen. Indiziert bei Patienten mit psychosomatischen Störungen und Krankheiten, auch als Entspannungsverfahren bei Verhaltenstherapien.“ S. 245, 246

23.4.3.2.3 Hypnose

„Definiert als durch Suggestion herbeigeführter schlafähnlicher Zustand mit Bewußtseinseinengung und besonderem Kontakt zum Hypnotiseur. Die Bewußtseinssenkung bewirkt erhöhte Suggestibilität und fördert regressive Prozesse (Passivität, Hingabe). Bedeutsam für das Gelingen ist die Herstellung einer positiven affektiven Beziehung zwischen Hypnotiseur und Hypnotisand. Dadurch nimmt die Neigung zur Identifikation mit dem Arzt zu, und die suggerierten Vorstellungen werden eher angenommen. Herstellung eines hypnotischen Zustandes mit der Fixationsmethode […] führen in den hypnotischen Zustand. […] Indiziert bei Patienten mit positiver Suggestibilität und mit

bestimmten psychosomatischen Erkrankungen (z.B. Herzphobie, Asthma). Kontraindikationen: Patienten mit Psychosen und Vergewaltigungstrauma in der Vorgeschichte.“ S. 246

23.4.3.3 Körperorientierte Verfahren

23.4.3.1 Konzentrative Bewegungstherapie (KBT)

„Verschiedene körperbezogene Übungen unter Einschluß der Atmung mit dem Ziel <<Anspüren>> des eigenen Körpers und damit eine Verbesserung des Körpererlebens zu erreichen, und zwar durch ein Spüren des Körpers in vier Hauptpositionen (liegen, sitzen, stehen, gehen), durch Spüren des Körpers im Raum und durch Erspüren einzelner Körperfunktionen. […] Das Verfahren wird überwiegend in psychosomatischen Kliniken praktiziert, meist als Gruppenverfahren.“ S. 246

23.4.3.2 Funktionelle Entspannung

„Gemeinsam mit autogenem Training: konzentrative Selbstentspannung sowie angestrebte Selbstregulation gestörter Funktionen. […] Verfahren ohne feste Regeln, ausgehend von der Erfahrung, daß schon minimale Empfindungen, Vorstellungen, Fehlspannungen den persönlichen Atemrythmus stören können und daß dieser um so besser in eine optimale Gleichgewichtslage zurückfindet, je freier die Haltung des betreffenden Menschen ist, je mehr dieser sich <<zentriert in seiner Mitte>>.“ S. 247

„Der Patient empfängt sitzend oder liegend wertneutrale Anregungen zur Entspannung (z.B. Loslassen, Hergeben, Sich-fallen-lassen, Sich-gehen-lassen usw.) Diese Anregungen führen dazu, dass der Patient sich konkret in seinem Körper entdeckt und findet. […] Die FE ist – ähnlich wie das autogene Training – gut geeignet für Patienten mit psychosomatischen Beschwerden und Krankheiten. Das Verfahren kann sowohl einzeln als auch in Gruppen durchgeführt werden.“ S. 247

23.5 Psychotherapie in der Psychiatrie

„Generell ist zu sagen, dass Psychotherapie grundsätzlich zum therapeutischen Behandlungsspektrum psychischer Erkrankungen gehört. Ziel: Beeinflussung im Sinne von erfolgreicher Veränderung von Leidenszuständen bzw. Verhaltensstörungen, Bewältigung psychosozialer Problemsituationen durch Vermittlung bzw. Erwerb generalisierter und stabiler Strategien zu effektiver und (als wesentliches Therapieziel) selbständiger Problembewältigung." S. 248

23.5.1 Formen der Psychotherapie

23.5.1.1 Einzelpsychotherapie

„eher nicht psychoanalytische Therapie, sondern biographisch orientierte Gespräche und Gespräche mit Zentrierung auf das Hier und Jetzt des Erlebens und Verhaltens; Vorteil: Bewußtseinsnähe, Emotionalität in unmittelbaren Zusammenhang mit derzeitigen Ereignissen/Erlerbnissen/Gefühlen)." S. 248

23.5.1.1.1 interpersonelle Psychotherapie

„[…] begründet vor über 25 Jahren von Klermann und Weissmann. Die IPT ist als fokussierte Form von Kurztherapie (ca. 12-20, in der Regel einmal pro Woche stattfindende Einzelsitzungen) zu verstehen und wird vor allem bei der Behandlung von depressiven Störungen eingesetzt. Dabei liegt der Schwerpunkt der Behandlung zwischenmenschlicher Probleme, die mit dem Auftreten der Depression zusammenhängen. Der Therapeut verhält sich überwiegend aktiv-unterstützend und aufbauend. Die Kombination dieser Psychotherapiemethode mit Psychofarmaka, aber auch mit anderen Psychotherapieverfahren ist möglich und – je nach fallbezogener Indikation – sinnvoll." S. 248

23.5.1.2 Gruppenpsychotherapie

„insbesondere zur Veränderung zwischenmenschlicher Beziehungsstörungen sinnvoll. Nähe zu realen Gruppenbeziehungen im Leben des Patienten (<<Gruppe als sozialer Mikrokosmos>>). Nutzung und Mobilisierung der Gruppenkräfte: durch von Therapeuten geförderte Kooperation und Kohäsion zunehmende Offenheit und Vertrauen der Gruppenmitglieder, Förderung der Kommunikationsfähigkeit." S. 248, 249

23.5.1.3 Kurzpsychotherapie

23.5.1.4 Eventuell Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie

23.5.1.5 Beratende und psychotherapeutische Arbeit mit Angehörigen von Patienten

23.5.1.6 Ehepaar- bzw. Paartherapie

„z.B. psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutische Behandlung sexueller Störungen.“ S. 249

23.5.1.7 Familientherapie

„1.Psychoanalytisch orientierte Familientherapie;

2.Systemische Familientherapie: Veränderung der Regeln der sozialen Interaktion im Familiensystem, z.B. Erkennung von Kollusionen (unbewusstem Zusammenspiel von Familienmitgliedern), (paradoxe) Interventionen des Therapeuten als Symptomverschreibungen oder Regelvereinbarungen“ S. 249

23.5.2 Allgemeine Therapieprinzipien

23.5.2.1 „Formulierung von Therapiezielen im Sinne eines interaktionellen Prozesses der Zielfindung, Zielvereinbarung, Zielsetzung

23.5.2.2 Spezifikation konkreter Behandlungsziele (Globalziele und Teilziele) und der zur Zielsetzung erforderlichen psychotherapeutischen Strategien

23.5.2.3 Evaluation der Teilziele (Korrektivfunktion)

23.5.2.4 Stützende (supportive) Psychotherapie als allgemeines Therapieprinzip relativ unabhängig von der zugrundeliegenden Störung“ S. 249

23.5.3 Supportive Psychotherapie

„ist eine Sammelbezeichnung für unterschiedliche Techniken und Vorgehensweisen, die zum Ziel haben, akute psychische Dekompensationen zu beheben bzw. zu mildern. Mit diesem Vorgehen werden nicht primär Einsicht und Erkenntnis gefördert bzw. Reifungsschritte initiiert. Der supportiv arbeitende Therapeut bietet dem Patienten Hilfe bei aktuellen Problemen und Konflikten an in dem er

- Eine nicht überfordernde, positiv getönte Beziehungsform bevorzugt und
- Handlungsanweisungen und Hilfen zur Abreaktion gibt

Mit einem solchen Vorgehen wird beabsichtigt, die akuten Symptome, Konflikte oder Dekompensationen abzumildern, bestenfalls zu beseitigen und die Abwehr zu stabilisieren, weil in Zuständen akuter Dekompensation eine kausale, konfliktbearbeitende Therapie häufig nicht möglich ist.“ S. 249, 250

23.6 Weiterbildung des Arztes in der Psychotherapie

„Auch für den nicht psychotherapeutischen/psychiatrisch tätigen Arzt wichtig: Erwerb von Kenntnissen in der Neurosenlehre, von Techniken der sogenannten <<kleinen Psychtherapie>> (ärztliche Gesprächsführung, Beratungstechniken, Kriseninterventionsstrategien; autogenes Training) sowie Teilnahme an Balint-Gruppen (Möglichkeit zur Kommunikation über Problempatienten)“ S. 251

„Allein das richtig genutzte ärztliche Gespräch bietet eine Fülle von Kommunikationsmöglichkeiten und Ansatzpunkten für (therapeutische) Problemlösungen durch

- Herstellung einer vertrauensvoll-stabilen, über die somatische Untersuchung hinausgehende Arzt-Patient-Beziehung
- Offenheit für Problembereiche des Patienten und
- Die gemeinsame Suche nach Lösungsmöglichkeiten.“ S. 251

23.7 Soziotherapie, Versorgung, Rehabilitation

23.7.1 Soziotherapie

„praktisch-therapeutische Anwendung sozialpsychiatrischer Theorien (Untersuchung und praktische Berücksichtigung sozialer Faktoren in Bezug auf Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Erkrankungen). Unverzichtbare Komponente jeglicher psychiatrischen Therapie: Einsatz soziotherapeutischer Behandlungsformen, die mit der Annahme von Eigenverantwortung und eigener Entscheidung verbunden sind, statt Ausgliederung und Dauerhospitalisierung, deren häufige Folge das Institutionalismus- oder Hospitalismussyndrom ist mit Initiativverlust, Rückzug und Aufgabe der sozialen Rolle; in stark ausgeprägten Fällen Stereotypen, Einkoten, Aphatie ect." S. 256

23.7.2 Therapeutische Gemeinschaft

„Zusammenleben einer Gruppe von Behandelnden und Patienten im Psychiatrischen Krankenhaus mit dem therapeutischen Ziel, psychisch Kranken die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen. Aufbau eines therapeutischen Systems mit offener Kommunikation, weitgehender Aufgabe hierarchischer Strukturen, Förderung persönlicher Entscheidungsfähigkeit und Beteiligung aller am therapeutischen Prozeß mit den damit verbundenen Grundrechten und Grundpflichten. Strukturierung des Tagesablaufes durch Arbeit und Freizeitgestaltung. Schaffung eines günstigen therapeutischen Klimas für die Anwendung einzelner Behandlungsmethoden." S. 256

23.7.3 Milieutherapie

"

- Angebot unterschiedlicher kommunikationsfördernder Therapieformen
- Vorwegnahme zukünftiger Anforderungen in der Gesellschaft (Probehandeln)
- Beteiligung aller Patienten an gemeinsamen Aufgaben
- Zahlreiche unterschiedliche Gruppen mit Behandlung von Rollenkonflikten und pathologischen Interaktionen

- Einbeziehung von Bezugspersonen wie Familie, Partner und Freunde in die therapeutische Arbeit
- Täglich, je nach Stationstyp auch seltener, stattfindende Stationsversammlung (Großgruppe) mit Ärzten und Krankenpflegepersonal (Plenum)“ S. 256, 257

23.7.4 Rehabilitation

„alle Maßnahmen zum Ausgleich einer Behinderung, deren Ziel die Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen (medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation) sowie die Wiedereingliederung in die Gesellschaft und die Erlangung größtmöglicher persönlicher Autonomie der Patienten ist.“ S. 263

23.7.4.1 Medizinische Rehabilitation

„funktionsfördernde ärztliche Maßnahme. Definitorisch beträchtliche Überschneidung mit medizinischer Behandlung. Begleitet die beiden anderen Bereiche der Rehabilitation.“ S. 263

23.7.4.2 Berufliche Rehabilitation

„Maßnahmen im Bereich der Arbeits- und Berufsfindung: Arbeitstherapie in der Klinik, Behinderten Werkstätten, beschütze Arbeitsplätze, freier Arbeitsmarkt; schulische und Berufsberatung, Umschulungsmaßnahmen; Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)“ S. 263

23.7.4.3 Soziale Rehabilitation

„Maßnahmen im Wohn- und Freizeitbereich. Nach Entlassung aus stationärer Behandlung [eine] Schaffung von Wohnmöglichkeiten, etwa im Übungsheim, in der therapeutischen Wohnungsgemeinschaft, in freier Wohnungsgemeinschaft, schließlich selbständiges Wohnen. (Wieder)erlernen von Tages- und Freizeitgestaltung; Aufbau von sozialen Bezügen; Erreichen persönlicher Autonomie.“ S. 264

24. Suizidalität und Krisenintervention siehe S. 271 f.

24.1 Krisenintervention

Krise: „Plötzliches Ereignis oder Erlebnis, das von dem Betroffenen nicht unmittelbar verarbeitet werden kann.“ S.275

„Zwei prinzipielle Aspekte der Krise sind Herausforderung (Stimulus zur Bewältigung der Krise) und Bedrohung (Gefahr des Scheiterns von Bewältigungsversuchen und der Chronifizierung der Krise).

Dementsprechend [ist die] Dauer von Krisen einige Tage bis Monate. Meist akut auftretende Symptome in Krisen:
Angst/Verzweiflung, Depressivität, erhöhte Suggestibilität, evtl. Suizidgefahr.

Häufigkeit schwer abschätzbar;

Krisen und deren Bewältigung gehören zu den Grunderfahrungen im Leben von Menschen (normale Lebenskrisen).

Die meisten Krisen werden durch nichtproffesionelle Hilfe (Angehörige, Freunde etc.) gelöst.

[Eine] Krisenhäufung [ist] bei psychisch labilen und psychisch kranken Menschen gegeben.“ S. 276

24.1.1 Phasenablauf von Krisen

A. Schockphase: Spannungsanstieg durch ein bestimmtes Erlebnis
B. Reaktionsphase: Verwirrung und Hilfslosigkeit
C. Bearbeitungsphase: Mobilisierung von Energien, Einsatz von Notfallmechanismen
D. Neuorientierung: Distanzierung von der akuten Irritation, Suche nach Neubeginn   Vgl. S. 276

24.1.2 Therapie der Krisen

„Krisenintervention, d.h. zeitlich auf die aktuelle Krise begrenzte Intervention bzw. Kurztherapie." S. 276

„Krisenintervention ist in der Regel eine kurzfristige Hilfe" S. 277

24.1.2.1 Prinzipien des therapeutischen Vorgehens

"

- Sofortiges Eingreifen (zur Vorbeugung einer möglichen Chronifizierung der Krise und um Abwehrtendenzen zu begegnen);
  - Errichten einer funktionsfähigen Beziehung;
  - Abschätzen des Zustands des Betroffenen
  - Abschätzen des Schweregrads des Problems, insb. einer eventuellen Suizidalität
  - Unterbrechung pathologischer Kommunikation
- Aktives pragmatisch-flexibles Vorgehen des Helfers (Verzicht auf Deutungen o.ä.)
- Klärung der Krisensituation in Grundzügen (z.B. auslösende Situation, Kommunikationsmuster)
  - Beschränkung auf Konfrontation mit gegenwärtigen Problemen
  - Fokusformulierung (d.h. Bearbeitung des Hauptkonfliktes innerhalb der Krise)
- Motivation zur Selbsthilfe, evtl. Motivation zur Annahme von Fremdhilfe
- Einbeziehung von Bezugspersonen (z.B. Lebenspartner)
- Evtl. psychopharmakologische Unterstützung
- Organisation von Nachbetreuung (besonders bei Sichtbarwerden schwerer, langanhaltender Konflikte)" S. 276, 277

24.1.2.2 Ziele der Krisenintervention

„

- Entlastung in der akuten Situation
- Klärung der Faktoren, die in die Krise geführt haben
- Erörterung von Lösungsmöglichkeiten
- Erlernen von Bewältigungsmustern für mögliche künftige Krisen“ S. 277

24.1.2.3 Grenzen der Krisenintervention

„

- Wenn z.B. Suizidalität fortbesteht und sofern
- Weitere diagnostische Abklärung erforderlich oder
- Weitere und längere Therapie indiziert ist oder
- Soziale Barrieren (z.B. fehlende Einsicht, Sprachbarrieren) bestehen“ S. 277

24.1.2.4 Besonderheiten der Krisenintervention bei Suizidpatienten

„

- Beginn der Krisenintervention:
  - Suizidpatienten sind häufig nur unmittelbar um ihren akuten Konflikt bzw. Suizidversuch herum offen für Krisenintervention bzw. Kurztherapie.
  - Anschließend (nach erfolgtem Suizidversuch) in der Regel rasches Einsetzen von Abwehrvorgängen gegenüber dem auslösenden Konflikt
- Diagnostische Abklärung [von] der […] Suizidalität zugrundeliegenden Störung/Erkrankung
- Mehrfache Beurteilung der akuten Suizidalität und Indikationsstellung zu über die Krisenintervention hinausgehenden Therapieschritten (z.B. Klinikeneinweisung)“ S. 278

24.1.2.5 Probleme im Umgang mit Suizidpatienten

24.1.2.5.1 Das Behandlungsklima – emotionalisierende Faktoren

„[…] Affekte wie z.B.

- ***Angst*** (suizidale Patienten verhalten sich gelegentlich abweisend und lehnen Hilfsangebote ab)
- Ärger (z.B. über Appellcharakter/Demonstrativität/Agressivität suizidalen Verhaltens; ***Fehlschluß***, derartiges Verhalten nicht ernst nehmen zu müssen)
- ***Schuldgefühle*** (z.B. aus früheren mißglückten Interventionen). Hinzu kommen evtl. eigene Suizidalität und Selbstwertproblematik des Therapeuten sowie bestimmte Einstellung dem Suizid gegenüber (z.B. Gleichgültigkeit oder Verurteilung)“ S. 278

24.1.2.5.2 Häufige therapeutische Fehler

„

- Anfänglich abweisendes Verhalten des Patienten wird persönlich genommen
- Bagatellisierungstendenzen des Patienten werden vom Therapeuten mitgemacht (Abwehr)
- Therapeut und Patient begeben sich zu schnell auf die Suche nach positiven Veränderungsmöglicheiten (Entfernung vom auslösenden Konflikt; Abwehr)
- Therapeut unterteilt den Suizidversuch in ernst gemeint oder demonstrativ und behandelt den Patient entsprechend
- Mangelhafte Erhebung einer Suizidanamnese (d.h. der jetzigen und evtl. frühere Umstände, die zu Suizidalität führten)
- Übersehen der Trennungsängste des Patienten (z.B. bei Urlaub, Stationswechsel, Entlassung)“ S. 278

24.1.2.5.3 Für Krisenintervention zur Verfügung stehende Institutionen

„

- Krankenhäuser (wenn stationäre Überwachung und Behandlung erforderlich; ggf. Kriseninterventionsstationen)
- ambulante Dienste (möglichst gemeindenah)
  - niedergelassene Therapeuten
  - Gesundheitsämter/Sozialpsychiatrische Dienste
  - Andere ambulante Dienste (z.B. Polikliniken, Kriseninterventionszentren, Beratungsstellen, mobile Dienste)
  - Telefonnotrufe (z.B. Telefonseelsorge)“ S. 278, 279

24.1.2.5.4 Verlauf/Prognose von Krise und Suizidalität

„Krisen treten in der Regel *akut* auf; Abklingen mit oder ohne professionelle Hilfe (aber mit sozialer Unterstützung) in der Regel innerhalb kurzer Zeit.“ S. 279

„Chronifizierung bei langwährenden bzw. lebenslangen Grundkonflikten oder Fehlentwicklungen (z.B. Neurosen, Persönlichkeitsstörungen) sowie bei mangelnder sozialer Unterstützung. Gleiches gilt für suizidale Krisen.“ S. 279

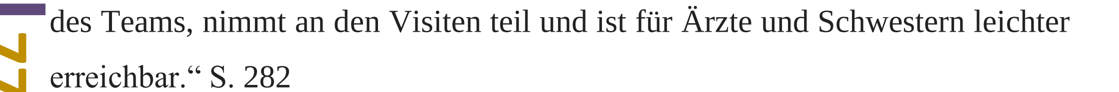
25. Konsiliar- und Laisonpsychiatrie

25.1 Konsiliarpsychiatrie

„Konsultation eines Psychiaters für Patienten auf nichtpsychiatrischen Stationen zur Abklärung psychiatrisch relevanter Fragestellungen. Der Konsiliarpsychiater führt eine Untersuchung mit dem Patienten durch und berät die anfordernden Kollegen bzw. auch das therapeutische Team bzgl. der angerforderten Fragestellung.“ S. 282

25.2 Liasonpsychiatrie

„spezifisches Konzept der näheren Zusammenarbeit zwischen nichtpsychiatrischen Stationen und Psychiatern. Der Psychiater ist Bestandteil



des Teams, nimmt an den Visiten teil und ist für Ärzte und Schwestern leichter erreichbar.“ S. 282

26. Forensische Psychiatrie/Rechtspsychiatrie

„Sachverständigen- und Gutachtertätigkeit im Zusammenhang mit rechtlichen Aspekten psychischer Krankheiten in den unterschiedlichsten Bereichen der Gerichtsbarkeit.“ S. 286

27. Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik

„Fragen der allgemeinen menschlichen Ethik, bezogen auf spezielle psychiatrische und psychotherapeutische Probleme. Entwicklung eines ethischen Verhaltenskodex.“ S. 304

27.1 Zwangseinweisung

„Im Unterschied zu den meisten auf Freiwilligkeit basierenden Behandlungen in der somatischen Medizin fehlt bei vielen psychiatrischen Patienten Krankheitseinsicht;

häufig Verweigerung notwendiger Behandlung (psychisches Kranksein ist größere Kränkung als körperliche Krankheit).

Abwägung zwischen dem Recht auf individuelle Freiheit des Patienten und dem Schutz der Gesellschaft vor Bedrohungen durch den Patienten, aber auch Schutz der Gesellschaft vor Bedrohungen durch den Patienten, aber auch Schutz des Patienten vor Selbstgefährlichkeit z.B. bei wahnhafter Depression ist erforderlich!“ S. 304, 305

27.2 Behandlung von suizidalen Patienten

„Der Patient sollte über die verschiedenen Methoden aufgeklärt werden, mit denen seine Störung behandelt werden kann. Die Vorteile/Nachteile/Risiken sollten erläutert werden. Der Patient sollte insbesondere in der Psychotherapie an der Wahl der Methode beteiligt sein. In der Regel sollte keine spezielle Methode als allein erfolgsversprechend vom Behandler avisiert werden.

Aufklärung sollte auch erfolgen über die Konsequenzen zumindest mittelfristiger und längerfristiger Psychotherapien: Labilisierung durch Infragestellung bisheriger Lebenskonzepte immer mit zu erwarten! (Es kommt im Verlauf von Psychotherapien nicht selten zu Trennungen und Scheidungen.)“ S. 306

28. Historisches

„Ansätze zu einer ärztlichen Seelenheilkunde bereits im griechisch-römischen Altertum. Entwicklung der Psychiatrie im heutigen Sinne erst in den letzten 200 Jahren) […] Behandlung psychischer Störungen durch Isolierung, Sicherung des Kranken in Räumen mit hochliegenden Fenstern. Massage, mäßiger Aderlass, Diät, Lokalbehandlung des Kopfes durch Ölumschläge oder Schröpfen. Stärkung des Verstandes durch kritisches Lesen von Texten, durch Fragestellen oder Theaterspielen, auch Brettspielen und Reisen.“ S. 310

„Verbreitung der griechischen und römischen Heilkunst durch die Araber in den von ihnen eroberten Gebieten Europas. Gründung der ersten Spezialanstalten für Geisteskranke u.a. in Damaskus, Kairo, Granada. Gute Pflege der Irren, Wohlwollen gegenüber der Geisteskranken.

Im Mittelalter Weiterführung der arabischen Tradition besonders durch die Spanier, dann auch in Frankreich, England und Deutschland.“ S. 311

Ende der Zusammenfassung